

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

3. lékařská fakulta

Rehabilitační oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice

**Význam fyzioterapie v rámci
komplexní psychiatrické rehabilitace
pacientů se schizofrenií**

Importance of Physiotherapy in
Comprehensive Psychiatric Rehabilitation
of Schizophrenic Patients

Alena Málová



*bakalářská práce
Praha 2007*

Autor práce: Alena Málová

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Bakalářský studijní obor: Fyzioterapie

Vedoucí práce: Mgr. Alžběta Babková

Pracoviště vedoucího práce: Psychiatrická léčebna Bohnice

Datum a rok obhajoby: 7. 6. 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne

Alena Málková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Alžbětě Babkové za pomocnou ruku při tvorbě této práce.

Obsah

Obsah.....	5
Úvod.....	7
1. Rozdělení duševních poruch.....	9
1.1 Organické psychické poruchy.....	10
1.1.1 Organické nepsychotické poruchy.....	10
1.1.1.1 Pseudoneurastenie.....	10
1.1.2 Organické psychotické poruchy.....	11
1.1.2.1 Demence.....	11
1.1.2.2 Delirium tremens.....	11
1.2 Funkční psychické poruchy.....	12
1.2.1 Funkční nepsychotické poruchy.....	12
1.2.1.1 Neurózy.....	12
1.2.2 Funkční psychotické poruchy.....	14
1.2.2.1 Schizofrenie.....	14
1.2.2.2 Maniodepresivní onemocnění.....	14
2. Schizofrenie.....	15
2.1 Zařazení a obecné příznaky schizofrenie.....	15
2.2 Druhy schizofrenie.....	17
2.2.1 Paranoidní schizofrenie.....	17
2.2.2 Hebefrenní schizofrenie.....	22
2.2.3 Katatonní schizofrenie.....	24
2.2.4 Simplexní schizofrenie.....	25
2.2.5 Nediferencovaná schizofrenie.....	26
2.2.6 Reziduální schizofrenie.....	26
2.2.7 Postschizofrenní deprese.....	27
2.2.8 Schizofrenie nespecifikovaná.....	27
2.3 Etiologie schizofrenie.....	27
2.4 Terapie schizofrenie.....	28
2.4.1 Léky.....	28
2.4.2 Psychoedukace.....	30
2.4.3 Psychoterapie (léčba psychologickými prostředky).....	30
2.4.4 Rodinná psychoterapie.....	30
2.4.5 Terapeutická komunita.....	31
2.4.6 Elektrokonvulzivní terapie.....	31
2.5 Polékové extrapyramidové poruchy.....	31
2.5.1 Akutní parkinsonismus.....	33
2.5.2 Tardivní dyskineze.....	33
2.5.3 Akutní a tardivní dystonie.....	33
2.5.4 Akutní a tardivní akatizie.....	34
2.5.5 Tardivní syndrom Gilles de la Tourette.....	34
2.5.6 Tardivní myoklonus.....	34
2.5.7 Terapie.....	34
3. Rehabilitace u pacientů se schizofrenním onemocněním.....	36
3.1 Léčebná rehabilitace.....	36
3.2 Pracovní rehabilitace.....	37
3.3 Sociální rehabilitace.....	38
3.4 Pedagogicko – výchovná rehabilitace.....	39

3.5 Další činnosti v rámci rehabilitace schizofreniků.....	40
3.5.1 Psychoterapie.....	40
3.5.2 Kinezioterapie.....	41
3.5.3 Hipoterapie.....	41
3.5.4 Animoterapie (zooterapie).....	41
3.5.5 Kulturní a rekreační činnost.....	41
3.6 Denní program schizofreniček na Resocializačním oddělení PLB.....	42
4. Možnosti fyzioterapeuta v rámci komplexní rehabilitace schizofreniků...	45
4.1 Léčebná tělesná výchova u schizofreniků.....	45
4.2 Kinezioterapie v léčbě schizofrenie.....	52
4.2.1 Pojem kinezioterapie.....	52
4.2.2 Využití kinezioterapie u schizofrenních onemocnění.....	54
4.2.2.1 Integrativní kinezioterapeutický program.....	54
4.2.2.2 Aktivující kinezioterapeutický program.....	56
4.2.2.3 Komunikativní kinezioterapeutický program.....	57
4.2.2.4 Koncentrativní kinezioterapeutický program.....	59
4.3 Využití prvků jógy v terapii schizofreniků.....	60
4.3.1 Pojem jóga.....	60
4.3.2 Jóga u schizofrenie.....	60
4.3.2.1 Příklady jógových cviků.....	62
4.4 Fyzikální terapie v rámci rehabilitace schizofreniků.....	64
4.4 Hipoterapie a schizofrenní onemocnění.....	65
Závěr.....	68
Souhrn.....	69
Summary.....	71
Seznam použité literatury.....	73

Úvod

K vypracování bakalářské práce na téma týkající se možností fyzioterapie u pacientů se schizofrenními poruchami mě vedlo několik důvodů.

Jedním z důvodů je skutečnost, že bývalí studenti fyzioterapie 3. lékařské fakulty nevěnovali ve svých bakalářských pracích tématu rehabilitace či fyzioterapie u pacientů s duševními onemocněními příliš pozornosti. Domnívám se, že si budoucí fyzioterapeuti představují tento obor pouze jako prostředek pro napravování lidského těla, nikoliv lidské duše.

Přítom fyzioterapeut na psychiatrickém oddělení jakékoliv nemocnice či ústavu má dvojí uplatnění. Za prvé se musí postarat o konkrétní somatické onemocnění svého pacienta, protože i nemocní umístění do psychiatrických léčeben mohou onemocnět stejnými chorobami, jako lidé duševně zdraví. Za druhé má fyzioterapeut za úkol ovlivňovat pomocí pohybu, fyzikálních a jiných léčebných metod (resp. prostřednictvím práce s tělem) psychiku duševně nemocného pacienta.

Z toho důvodu vyplývá, že práce fyzioterapeuta na psychiatrickém oddělení je nejenom odlišná od práce fyzioterapeutů na jiných klinikách, ale také mnohem náročnější.

Toto všechno mě vedlo k napsání práce zabývající se fyzioterapií u duševně nemocných pacientů (na základě odborné literatury uvedené v závěru práce).

Proč se ve svém díle zabývám především prací s pacienty se schizofrenií je z důvodu mého osobního zájmu o tuto chorobu. Již při přednáškách a praktikách z psychiatrie mě tato nemoc zaujala především tím, že se odlišovala od mého dřívějšího povědomí o této nemoci.

Také mě zaujalo, že příznaky schizofrenie měli mnozí lidé slavných jmen, např. anglický fyzik, matematik a astronom Isaac Newton, anglický spisovatel a matematik Lewis Carroll, francouzská národní hrdinka Johanka z Arcu a americký ekonom a nositel Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1994 John Nash. Je tomu tak proto, že schizofrenie díky své ohromné precitlivělosti přináší dotyčnému jedinci mnohdy i schopnost originálního myšlení či tvořivosti (Jarolímek, 1996).

V této práci kladu důraz na popisování příznaků jednotlivých forem schizofrenie. Mohlo by se zdát, že popis symptomů je až moc podrobný, avšak já

se domnívám, že fyzioterapeut by měl být dobře s příznaky této choroby obeznámen, aby byl dobře připraven a pacientovo podivné chování ho nezaskočilo.

Na základě různých teorií z knih uvedených na konci mé práce jsem se pokusila seznámit vás s danou problematikou jasně a srozumitelně, protože si přeji, aby tato práce byla určena nejenom odborné, ale i laické veřejnosti. Mnoho lidí zná pojem schizofrenie, ale trůfám si tvrdit, že pouze menší část veřejnosti ví, co tato choroba skutečně obnáší.

1. Rozdělení duševních poruch

Psychické poruchy se v klinice nejčastěji dělí na organické a funkční. Organické poruchy jsou známé etiologie (původu) a třídí se podle příčin. Funkční poruchy jsou neznámé etiologie a klasifikují se podle klinického obrazu a průběhu. Obojí poruchy se mohou rozčlenit na psychotické a nepsychotické (Höschl, 1997).

Je třeba zdůraznit základní rozdíl mezi psychotickými poruchami (do této skupiny jsou zařazeny schizofrenie) a nepsychotickými poruchami (převážně neurózami). Nutno také podotknout, že psychotické choroby bývají označovány v psychiatrii také jako psychózy.

Podle Kosové a Praška (2002) jsou neurózy, neboli neurotické poruchy, skupinou psychických onemocnění, při kterých je úzkost dominantním fenoménem. Pacient, který trpí neurózou, úzkost prožívá.

V moderní psychologii je neuróza převážně vykládána jako duševní nerovnováha, způsobující psychický stres neboli duševní tíseň, nikterak však narušující schopnost racionálního myšlení. Emoční tíseň se projevuje ve fyziologické a duševní nerovnováze (fobie, úzkost, somatické projevy) (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Neur%C3%B3za>).

Neurózy jsou duševní choroby funkčního charakteru bez organického postižení na mozku (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Postižený jedinec si neurózy uvědomuje, trpí jimi a bojuje proti nim.

Naproti tomu psychózy (psychotické poruchy) jsou těžká duševní onemocnění, při kterých nemocný ztrácí kontakt se skutečností, kterou jinak vnímá a hodnotí. Z těchto důvodů se nemocný také jinak chová a ztrácí kontakt s ostatními osobami. Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se postižený může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů. Pro nemocného jsou však tyto činy v souladu s jeho vnímáním světa a postižený se často za duševně nemocného nepovažuje (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Pro lepší pochopení rozdílu mezi psychózou a neurózou nám pomůže následující příklad. Neurotik, stejně jako psychotik (často schizofrenik), má také úzkosti, strachy a deprese. Tyto obtíže mu však ještě umožňují celkem normálně

fungovat v reálném životě. U schizofrenika však mají jeho obtíže takovou intenzitu, že jeho život výrazně ovlivní. Takový člověk má pak výrazné problémy, co se týče fungování v běžném životě (Jarolímek, 1996).

Můžeme si představit, že existuje úsečka, na jejímž jednom konci se nachází tzv. normální člověk, a na pólu opačném schizofrenik. Uprostřed této úsečky se nachází neurotik. Normální člověk se při určité duševní zátěži přesunout do oblasti neurózy, popř. psychózy (Jarolímek, 1996).

	Nepsychotické poruchy	Psychotické poruchy
<i>Organické</i>	- <i>pseudoneurastenie</i>	- <i>demence</i> - <i>delirium tremens</i>
<i>Funkční</i>	- <i>neurózy</i>	- <i>schizofrenie</i> - <i>maniodepresivní onemocnění</i>

Tab. 1.1 Příklad rozdělení duševních poruch (tabulka s úpravami převzata z Höschl, 1997)

1.1 Organické psychické poruchy

Vznikají na podkladě makroskopického či mikroskopického morfologického poškození mozku. Příčinou tohoto organického poškození mozku může být např. infarkt mozkové tkáně, trauma nebo zánět (Jiráček 2002).

1.1.1 Organické nepsychotické poruchy

1.1.1.1 Pseudoneurastenie

Pseudoneurastenií rozumíme souhrn neurastenických obtíží, které jsou podmíněny jiným onemocněním, např. chřipkou, virovou hepatitidou, borreliózou, mozkovým nádorem (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Neurastenické obtíže se u postiženého projevují střídáním podráždění s únavou, bolestmi hlavy, poruchami soustředění, nespavostí, vegetativními obtížemi (např. poruchami stolice, impotencí, bušením srdce)(Vokurka, Hugo a kol. 2004). U pacienta dochází ke snížení výkonu v zaměstnání, postižený se cítí fyzicky slabý, vyčerpaný, bojí se o své fyzické a duševní zdraví (Kosová, Praško 2002).

1.1.2 Organické psychotické poruchy

1.1.2.1 Demence

Podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ je demence (F00 – F03) syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno.

Demence se tedy projevuje poklesem až ztrátou intelektových schopností jedince, které byly dříve přiměřeně vyvinuty. Tento úbytek duševních funkcí a schopností postiženého je chronický, trvalý.

Demence může vzniknout jednak jako důsledek aterosklerózy s poruchami prokrvení mozku, dále jako důsledek jiných chorobných stavů (např. otrav, alkoholismu, AIDS) (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Nejčastější příčinou demence je však Alzheimerova nemoc. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění, jehož etiopatogeneze není zatím zcela objasněna. Při této chorobě dochází k atrofii (tj. zmenšení) mozku, klinicky převažuje zánik duševních schopností a progresivní tělesné chátrání. Změn přibývá se stářím (Stříteský 2001).

1.1.2.2 Delirium tremens

Delirium tremens je podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ zařazeno do duševních poruch a poruch chování způsobených užíváním alkoholu, konkrétně do poruchy označované jako „Odvykací stav s deliriem“ (F10.4).

Jako delirium se označuje kvalitativní porucha vědomí. Postižený je desorientován, má poruchy vnímání (halucinace), bývá rozrušený a úzkostný (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Delirium tremens znamená alkoholické delirium provázené výrazným třesem. Postižený má děsivé halucinace, vidí např. bílé myšky nebo odporný hmyz (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

1.2 Funkční psychické poruchy

U těchto poruch je postižena výhradně funkce mozku.

1.2.1 Funkční nepsychotické poruchy

1.2.1.1 Neurózy

Jedná se o funkční duševní poruchy bez organického nálezu na mozku (tj. bez zjevného mozkového poškození). Postižený si své onemocnění uvědomuje, trpí jím a bojuje proti němu.

Jak již bylo zmíněno, neuróza je vykládána jako duševní nerovnováha, způsobující duševní tíseň, nikterak však narušující schopnost racionálního myšlení. Emoční tíseň se projevuje ve fyziologické a duševní nerovnováze. (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Neur%C3%B3za>).

Neurózy se dělí podle převládajících obtíží na několik typů. Patří sem neurastenie, které mají obdobné příznaky jako výše zmiňované pseudoneurastenie, avšak nejsou založeny na organickém podkladě. Podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ mají neurastenie označení F48.0 a jsou způsobeny např. zvýšenou únavností po duševním úsilí.

Dále do skupiny neuróz zařazujeme např. úzkostné poruchy (fobie, panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha aj.), dále obsedantně – kompulzivní poruchu, reakce na závažný stres, dissociativní poruchy, somatoformní poruchy aj.

Fobické úzkostné poruchy (F40) jsou skupinou poruch, kde je úzkost vyvolána převážně v určitých dobře definovaných situacích, které nejsou za běžných okolností nebezpečné (MKN-10 1992).

Do skupiny fobických úzkostných poruch patří agorafobie (F40.0) - strach z veřejných prostranství, sociální fobie (F40.1) - strach ze situací, v nichž může být jedinec pozorován a posuzován druhými a specifické fobie (F40.2) - nepřiměřený strach z objektu či situace, která není pro jedince ohrožující.

Do specifických fobií zařazujeme např. arachnofobii (strach z pavouků) nebo klaustrofobii (strach z uzavřených prostor).

Panická porucha (F41.0) je podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ zařazena do jiných anxiosních (úzkostných) poruch. Jedná se o opakované záchvaty masivní úzkosti (paniky), které však nejsou omezeny na žádnou určitou situaci (Kosová, Praško 2002).

Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1) je charakterizována volně plynoucí úzkostí, která není omezená na určité situace nebo objekty a která se týká každodenních záležitostí a jejich zvládnání (MKN-10 1992).

Obsedantně – kompulzivní porucha (F42) se projevuje nutkavými myšlenkami (obsesemi), které se proti vůli vtírají nemocnému na mysl a způsobují mu tíseň. Tuto nepohodu se snaží postižený zmírnit různými způsoby nutkavého chování (kompulzemi). Nemocný se např. obává, že nechal v bytě puštěný plyn či vodu a při odchodu z domu neustále kontroluje sporák, vodovodní kohoutky a elektrické spotřebiče (Kosová, Praško 2002).

Dissociativní poruchy (F44) jsou taková duševní onemocnění, jejichž společným rysem je částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, vědomím identity a bezprostředních pocitů a ovládáním pohybů těla. Za normálních okolností je u člověka vyvinuta vědomá kontrola nad tím, kterým vzpomínkám a pocitům se může věnovat okamžitá pozornost a které pohyby se mají vykonat. U dissociativních poruch je tato schopnost narušena. Tyto poruchy jsou spjaty s traumatizujícími událostmi. Např. u dissociativní fugy postižený na nějaký čas odcestuje z domova a přijme novou identitu (Kosová, Praško 2002).

Somatoformní poruchy (F45) charakterizuje přítomnost tělesných příznaků bez prokazatelných organických patologických změn. Pacienti si stěžují např. na

bolesti, pocit na zvracení, únavu. Toto onemocnění může při vystupňování narušit fungování jedince v sociálních a pracovních rolích (Kosová, Praško 2002).

1.2.2 Funkční psychotické poruchy

1.2.2.1 Schizofrenie

Jedná se o závažné psychotické onemocnění, které narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, citění a jednání. (Libiger 2002). Podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ jsou schizofrenické poruchy (F20) obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. O této nemoci bude podrobněji pojednáno v pozdějších kapitolách této práce.

1.2.2.2 Maniodepresivní onemocnění

Synonymem je maniodepresivní psychóza a zařazuje se podle „Desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ do bipolární afektivní poruchy (F 31). Jedná se o závažné duševní onemocnění, při kterém se střídají dvě extrémní nálady – deprese a mánie (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Deprese je charakterizována nadměrným smutkem, při mánii je postižený naopak nadměrně veselý a rozjařený. V období mánie často dochází u nemocného k různým excesům, např. v sexuální sféře či požívání alkoholu (MKN-10 1992).

2. Schizofrenie

2.1 Zařazení a obecné příznaky schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se řadí mezi funkční psychotické poruchy. Už samotné zařazení schizofrenie mezi psychózy nám naznačuje, jak bude toto onemocnění u postiženého jedince probíhat a jakými příznaky se bude tato choroba projevovat. O tomto bude pojednáno níže.

Zajímavý je původ slova schizofrenie. Slovo schizofrenie znamená řecky „rozštěpení duše“. Tento termín vznikl počátkem století na základě mylné představy, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Ačkoliv tato představa byla již dávno opuštěna, název se používá dál (Jarolímek, 1996).

U nemocného, který je touto chorobou postižen, je narušena schopnost srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Vztah nemocného ke skutečnosti se mění a postupně dochází až k rozkladu osobnosti.

Schizofrenie má chronický průběh a výrazně narušuje kvalitu života. Postupně postihuje pracovní schopnost člověka a tím pádem snižuje jeho společenské uplatnění (Libiger 2002).

Toto onemocnění je procesem, který v zasahuje všechny úrovně existence člověka až po jeho osobnost a systém sociálních vztahů (Hátlová 2003).

Schizofrenie začíná často v mladém věku (rizikový věk pro vznik schizofrenie je 16 – 25 let). Je to z důvodu extrémních nároků, které jsou na mladého člověka kladeny. Od daného jedince se očekává odpoutání od rodičů, osamostatnění se a nalezení partnera pro dlouhodobý vztah. Mladý člověk se musí naučit vybrat, co je pro něj dobré a to vyvolává řadu emocí. Naše sociokulturní prostředí však vyvíjí tlak na popření emocí. Řešením náročné situace může být vtažení do imaginárního světa (Babiaková, Venglářová 2006).

Schizofrenie se zpočátku se projevuje obtížemi neurotického charakteru, tj. úzkostí, tělesnými stesky a rozladami.

Posléze se city nemocných oplošťují, postižení se čím dál hůře vyrovnávají s nároky běžného života. Vztah k rodině a okolí se mění, nemocní se uzavírají do sebe, jsou podráždění, nejistí. Jejich návyky a postoje se mění (Hátlová 2003).

Emoční reakce postižených se stávají neuměřenými situací a tudíž i špatně předvídatelnými. Jak již bylo naznačeno, často jsou v popředí projevy tělesné nepohody a nespecifické odpovědi na stres (např. nespavost, bolesti hlavy, přecitlivělost na banální zátěž).

V dalším průběhu dochází k rozvoji příznaků charakteristických pro toto onemocnění. Mezi tyto příznaky patří autismus (nadměrné zaměření ke své vlastní osobě se ztrátou kontaktu s realitou), ambivalentní postoje, inkoherece (nedostatek souvislosti) v myšlení, bludy, halucinace, poruchy vnímání, bezcílní jednání a neadekvátní chování (Libiger in Hátlová 2003).

V roce 1980 navrhl T. J. Crow dělení příznaků schizofrenie na pozitivní a negativní. Tento systém klasifikace vyvolal řadu diskusí a ovlivnil psychiatrický výzkum.

Positivní příznaky znamenají nadměrné či zkreslené vyjádření normálních funkcí. Radíme mezi ně např. halucinace, bludy, dezorganizace řeči a chování.

Negativní příznaky znamenají oslabení či ztrátu normálních funkcí. Patří sem např. oploštělá emotivita (redukce emotivních projevů), redukce plynulosti a produktivity myšlení a hypobulie až abulie (snížení až ztráta vůle a iniciativy, neschopnost zahájit volní činnost) (Hátlová 2003).

Jak již bylo řečeno, mezi pozitivní příznaky schizofrenie patří bludy a halucinace. Mezi bludem a halucinací je však podstatný rozdíl.

Blud je mylné a nevývratné osobní přesvědčení založené na nesprávném odvození závěru ze zevní reality. Pacient svému mylnému přesvědčení věří, přestože ostatní lidé jeho názor nesdílí. Nemocnému nelze jeho blud vyvrátit ani logickými argumenty, nemocný si udržuje své mylné přesvědčení v centru pozornosti a také často pod jeho vlivem jedná.

Podle obsahu můžeme rozlišovat různé druhy bludů, např. bludy paranoidní, ve kterých připisuje postižený jedinec věcem a situacím kolem sebe význam ve vztahu k vlastní osobě, dále např. bludy perzekuční (které jsou vlastně druhem paranoidních bludů), kdy má nemocný dojem, že je pronásledován a ohrožen, popř. bludy megalomaničké, které jsou spojené s přesvědčením o zvláštním významu vlastní osobnosti (Horáček, Švestka 2002).

Halucinace je falešný vjem něčeho, co neexistuje. Může se jednat o vjemy zrakové, čichové, chuťové apod. (Vokurka, Hugo a kol. 2004).

Velmi časté jsou halucinace sluchové. Pokud postižený rozpozná, že se nejedná o skutečnost, mluvíme o pseudohalucinaci. Ve schizofrenii je však téměř vždy pacient o skutečné existenci vjemu nezvratně přesvědčen.

Rozdílný průběh příznaků schizofrenie vedl odborníky k rozčlenění tohoto onemocnění do několika forem. Někdy se dokonce hovoří o skupině schizofrenních onemocněních.

2.2 Druhy schizofrenie

Podle „Desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (1992)“ rozčleňujeme schizofrenii (F20) do několika forem. Jak již bylo řečeno, rozdělení je v důsledku velké proměnlivosti příznaků tohoto onemocnění.

Rozlišujeme tedy následující druhy schizofrenie: paranoidní schizofrenie (F20.0), hebefrenní schizofrenie (F20.1), katatonní schizofrenie (F20.2), nediferencovaná schizofrenie (F20.3), postschizofrenní deprese (F20.4), reziduální schizofrenie (F20.5), simplexní schizofrenie (F20.6), jiná schizofrenie (F20.8) a schizofrenie nespecifikovaná (F20.9).

2.2.1 Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejobvyklejší druh schizofrenie ve většině částí světa (Hátlová 2003).

Tato forma je charakterizována především bludy, které postihují osobnost člověka včetně jejích vztahů. Postupně se rozvíjejí bludné interpretace skutečnosti, které zasahují větší či menší oblast života jedince. Bludy, které se při tomto onemocnění vyskytují, mohou mít různý charakter. Velmi časté jsou již zmiňované bludy paranoidní, které jsou obvykle doprovázeny především sluchovými halucinacemi (Libiger 2002).

Bludy označované jako paranoidní jsou velkou skupinou bludů, jejichž základem je chorobná vztahovačnost. Pacient lidem, předmětům a situacím přisuzuje zásadní vztah k sobě samému (Horáček, Švestka 2002).

Jak již bylo řečeno, podtypem paranoidních bludů jsou bludy perzekuční, kdy má nemocný dojem, že je pronásledován a v ohrožení.

Dalším typem paranoidního bludu je blud kverulační, kdy si postižený jedinec, jenž je přesvědčen o svém pronásledování, neustále stěžuje na policii a dává žaloby.

Mezi paranoidní bludy řadíme také blud emulační, kdy je pacient přesvědčen o nevěře partnera (popř. partnerky).

Je-li nemocný pod vlivem transformačního bludu, domnívá se, resp. má pocit, že se jeho osobnost změnila.

Při bludu metamorfózy má pacient chorobný pocit změny v jinou bytost, popř. zvíře.

Kromě paranoidních bludů může být nemocný postižen také bludy depresivními, které jsou charakterizovány podceňováním vlastní osoby.

Podtypem depresivních bludů jsou bludy mikromanické, kdy pacient chorobně podceňuje svoji osobnost. Při insuficienčních bludech je nemocný dokonce přesvědčen o vlastní naprosté neschopnosti. Při autoakuzačních bludech se nemocný obviňuje za různá neštěstí, např. války apod. Při obavných bludech se postižený jedinec obává, že se stane nějaká katastrofa. Při bludu enormity se pacient domnívá, že svou činností či existencí přivodí katastrofu. Blud eternity je charakterizován je pacient chorobně přesvědčen o nutnosti věčně trpět za své hříchy. Při hypochondrickém bludu se schizofrenik domnívá, že trpí těžkou, často nevyléčitelnou chorobou. Při dysmorfofobických bludech je pacient přesvědčen, že část jeho těla je znetvořena.

Bludy expanzivní jsou další velkou skupinou bludů, kterými může být schizofrenik postižen. Pro tyto bludy je charakteristické, že postižený jedinec přeceňuje vlastní osobu, rovněž své schopností, možnosti a svůj význam.

Do expanzivních bludů můžeme zařadit bludy megalomanické, při nichž je pacient přesvědčen, že jeho osobnost má zvláštní význam. Trpí – li jedinec extrapotenčními bludy, domnívá se, že je nadán schopnostmi překračujícími hranice lidských možností, např. si myslí, že se může stát neviditelným. Schizofrenik, jenž trpí originárními bludy, je přesvědčen o svém vznešeném původu, např. se považuje za dědice francouzského trůnu. Inventorní, neboli vynálezecké bludy jsou charakterizovány přesvědčením nemocného, že je vynálezcem významného objevu, často nesmyslného, např. perpetua mobile. Další bludy patřící do této skupiny jsou bludy reformátorské (postižený se domnívá, že provede významné změny v chodu společnosti), religiózní (postižený se např.

domnívá, že je spasitelem), erotomanické (nemocný je přesvědčen o své neodolatelnosti pro druhé pohlaví), eternity (dotyčný je natolik výjimečný, že ani nezemře) (Horáček, Švestka 2002).

V průběhu nemoci může dojít ke ztrátě emočního náboje bludů, jejich naléhavosti a vlivu na chování nemocného (Libiger 2002).

Bludy jsou často doprovázeny nebo předcházeny halucinacemi. Pro zopakování je vhodné připomenout, že halucinace jsou klamné vjemy, které jedinec považuje za skutečné. Přitom v dosahu pacienta (resp. v dosahu jakéhokoliv smyslového ústrojí nemocného) se nenachází vnější reálný podnět, který by svým charakterem odpovídal halucinaci.

Podle složitosti dělíme halucinace na elementární, komplexní, kombinované a asociované.

Mezi elementární halucinace řadíme jednoduché smyslové podněty. Jako fotomy se označují jednoduché optické podněty (např. blesky, stíny). Akoazmata jsou jednotlivé akustické podněty (např. tóny, hlásky), fonémy jsou jednotlivá slova. Jednoduché podněty z oblasti čichu se nazývají olfakce, popř. odorace. Podněty chuťového smyslu jednoduché povahy se nazývají gustace.

Komplexní halucinace jsou halucinace např. celých postav, zvířat, rozhovorů lidí apod. Jedná se již o složitější halucinace.

Halucinace označované jako kombinované vznikají složením z několika smyslů současně. Např. nemocný vidí osobu, která na něj mluví a dotýká se ho.

Při typu halucinací označovaných jako asociované následuje po primární halucinaci další. Např. nemocný slyší hlas, že bude otráven a vzápětí cítí čpavé páry.

Nejčastěji však bývají halucinace rozdělovány podle jejich domnělé lokalizace. Rozlišujeme tak halucinace smyslové, halucinace intrapsychické, a halucinace inadekvátní.

Do smyslových halucinací zařazujeme halucinace sluchové, zrakové, autoskopické, čichové, chuťové a tělové.

Trpí – li schizofrenik sluchovými halucinacemi, často se jim zdá, že slyší hlasy i několika osob. Tyto hlasy mohou nemocného např. chválit, ale i pomlouvat popř. jinak komentovat. Pokud pacientovi „hlasy“ přikazují, hovoříme o imperativních halucinacích. Pokud „hlasy“ nemocnému radí, mluvíme o teleologických sluchových halucinacích. Někdy se „hlasy“ o pacienta hádají,

některé se ho zastávají a jiné mu nadávají. Tyto halucinace označujeme jako antagonistické. Pacienti trpící schizofrenií mají halucinace hlasů více osob současně včetně halucinací antagonistických poměrně často. Komplexní halucinace se u nemocných vyskytují mnohem častěji, než halucinace elementární. Poměrně vzácné jsou halucinace hudby či zpěvu.

Halucinace zrakové se vyskytují spíše u intoxikačních stavů, než u schizofrenií. Přesto jimi může schizofrenik trpět. Při zrakových halucinacích vidí nemocný postavy, zvířata, předměty či nejrůznější scény. Při makropsii vidí postižený neexistující předměty či postavy větší, než jsou ve skutečnosti. Při mikropsii halucinuje nemocný předměty menší, než jsou ve skutečnosti.

Při schizofrenii se také mohou vyskytovat autoskopické halucinace. Pacient při nich vidí sám sebe před sebou nebo jinde v prostoru. Dvojník napodobuje mimiku a gestikulaci svého originálu, čímž ho rozruší. Dvojník se také může pacientu vysmívat, nebo mu něco přikazovat. Tyto halucinace se mohou sice u schizofrenií objevit, ale nejsou tak obvyklé. Spíše se vyskytují u organických poruch mozku.

Při čichových a chuťových halucinacích cítí pacient neexistující pachy či vůně, popř. má pocit zvláštní příchuti v prázdných ústech. Při těchto halucinacích může mít postižený bludy, že ho chce někdo otrávit.

Postižený však může mít také tělové halucinace, které se dělí na několik podtypů. Trpí – li postižený hmatovými (taktilními) halucinacemi, cítí obvykle po těle dotyky, píchání popř. svědění. Dalším typem tělových halucinací jsou halucinace pohybové (kinestetické). Nemocný je např. přesvědčen, že létá nebo padá, a přitom leží na lůžku. Při verbálně – motorických halucinacích se nemocný domnívá, že jeho ústy mluví jiná osoba. Obdobně při graficko – motorických halucinacích si postižený myslí, že někdo jiný píše jeho rukou. Orgánové (útrobní) halucinace jsou dalším typem tělových halucinací. Pacient se např. domnívá, že jeho útroby jsou zkamenělé, popř. odumřelé. Častý je sexuální obsah těchto halucinací, nemocní se domnívají, že jsou zneužíváni, kastrováni, oplodňováni, že prožívají orgasmus apod. Patří sem i halucinace posedlosti, při kterých cítí postižení ve svém těle nadpřirozené bytosti. Při negativních tělových halucinacích popírají nemocní existenci některých částí svého těla.

Vedle velké skupiny smyslových halucinací máme také skupinu intrapsychických halucinací. Při nich mají nemocní pocit, jako by jim někdo jejich

myšlenky odnímal nebo naopak vkládal do mozku. Postižený může mít také dojem, že jeho myšlenky jsou ozvučovány, tj. že jejich myšlenky někdo opakuje nahlas. Intrapsychické halucinace se u schizofrenií vyskytují často.

Pokud nemocný trpí halucinacemi, které se označují jako inadekvátní, znamená to, že pacient halucinuje vjemy jiným, než příslušným čidlem. Např. tvrdí, že slyší nosem apod.

U schizofrenie se velmi často vyskytují sluchové komplexní halucinace verbální. Patří mezi ně např. imperativní halucinace, popř. různé komentující hlasy nebo slyšení hovorů hodnotících nemocného jedince.

Někdy se mohou vyskytnout halucinace kombinované, zejména u schizofrenií s pozdějším začátkem. Ke sluchovým halucinacím přistupují halucinace čichové, tělové, chuťové či kinestetické (Horáček, Švestka 2002).

Pacienta mohou kromě bludů a halucinací postihovat také iluze. Iluze jsou zkreslené, deformované vjemy vyvolané skutečným podnětem. Pacient je o pravdivosti iluze přesvědčen.

Iluze můžeme rozdělit na iluze sluchové, zrakové, čichové, chuťové, hmatové, pohybové a útrobní.

Trpí – li postižený sluchovými iluzemi, slyší v neutrálních zvucích či řeči jiné zvukové signály. Mezi sluchové iluze se řadí iluze řeči, při které se pacient, jenž slyší např. ptačí zpěv, domnívá, že se jedná o artikulovanou řeč týkající se jeho osoby.

Při zrakových halucinacích vidí nemocný reálný podnět zkresleně, např. živé lidi vnímá jako mrtvá těla. Pacient může také vidět v blízké osobě někoho, kdo se za ni jen vydává. Jedná se o iluzi dvojníka. Také může zaměňovat známou osobu s cizími lidmi, obvykle pronásledovateli.

Při čichových iluzích se pacient např. domnívá, že jídlo má podezřelou chuť, která je např. způsobená přítomností jedu v pokrmu.

Při hmatových iluzích může např. postižený vnímat prádlo na těle jako sexuálně dráždivé doteky domnělého partnera.

Při pohybových iluzích pacient nesprávně vnímá pohyb částí vlastního těla, např. má pocit nezvykle snadného či obtížného pohybu v důsledku zdánlivě změněné hmotnosti končetin.

Útrobní iluze se projevují pocitem změněné funkce či velikosti vlastních útrobníků (Horáček, Švestka, 2002).

U paranoidní schizofrenie nejsou poruchy emotivity, vůle, řeči a katatonní příznaky příliš výrazné (Hátlová, 2003).

Katatonními příznaky máme na mysli pohybové abnormality, které se projevují buď nadměrnou, nebo sníženou aktivitou (Vokurka, Hugo 2004). Jak již však bylo zmíněno, u paranoidní schizofrenie nejsou tyto příznaky příliš vyjádřeny.

Průběh paranoidní schizofrenie může být v atakách, s částečnými nebo úplnými remisemi, popř. chronický (Hátlová 2003). Remise je vymizení příznaků a projevů onemocnění, nikoliv však nemoci samotné. (Vokurka, Hugo 2004).

Počátek paranoidní schizofrenie bývá později, než u jiných forem (Zvolský in Hátlová 2003).

Pro demonstraci uvádím ukázkou z kazuistiky pacientky trpící právě paranoidní schizofrenií. Všimněte si popisování bludů, jimiž pacientka trpěla a které jsou pro tuto formu schizofrenie příznačné:

„ Za dva roky po tomto léčení přišla na policii a chovala se nepřiměřeně. Mluvila o nepřirozených úmrtích v nemocnici, kde pracuje. Domáhala se ochrany. Protože údaje byly zmatené, policisté ji odvezli v vyšetření na psychiatrii. Při přijetí byla pacientka zoufalá a agresivní. Sdělila, že se pokusila bydlet samostatně, ale byt opustila, protože ji syn bytné v noci znásilňoval svým zářením. V noci měla epizody úzkosti s bušením srdce, které si vysvětlovala působením lidí, kteří ji chtějí na dálku zabít. Muž, do kterého byla tajně zamilovaná, dostal infarkt a ona byla přesvědčena, že sama onemocněla také. Byla přesvědčena, že někteří lékaři za úplatek vraždí v nemocnici lidi a nyní chtějí zabít ji. Věděla, že v práci jsou všichni proti ní. Dříve, než hledala ochranu u policie, spojila se s ní nejprve telepaticky. Byla přesvědčena, že bývalí spolupracovníci ji chtějí otrávit. Cítila se vyčerpaná a měla pocit, že nemá smysl žít. Viděla někdy, jak se kolem ní hroutí a prohýbají pokojové stěny a na stropě místností se křižují blesky a světla. Slyšela hlasy známých, kteří ji vyhrožovali, že ji zabijí.“ (Libiger 2002)

2.2.2 Hebefrenní schizofrenie

Tato forma schizofrenie svými projevy akcentuje známky pubertálního a adolescentního vývojového období (Libiger 2002). Název tohoto druhu schizofrenie je odvozen od řeckého slova „hebes“, které označuje pubertu.

Projevy tohoto onemocnění jsou neadekvátnost, nezodpovědnost a nepředvídatelnost chování i emocí, „pošetilost“ a celková dezorganizace duševního života. Životní situace zvládají postižení nezralými a dětinskými způsoby.

Dalo by se říci, že chování nemocného postiženého hebefrenní schizofrenií, odpovídá v podstatě laické představě o „blázních“ (Libiger 2002).

U této formy onemocnění se vyskytují u postižených bludy a halucinace prchavého či fragmentárního rázu (Hátlová 2003).

Dále se u tohoto onemocnění vyskytují změny afektivity (Hátlová 2003). Afektivita je souhrnný termín pro citové projevy duševního života, schopnost citového reagování (Příspěvodatelé Všeobecné encyklopedie v osmi svazcích: Encyklopedie Diderot 1999).

Nálada nemocných je povrchní a nepřiměřená situaci. Často je tato nálada provázena chichotáním či samolibým úsměvem. Pacient také může grimasovat, manýrovat, být nezbedný či si může neustále hypochondricky stěžovat (Hátlová 2003).

Manýrování je poruchou volního jednání. Nemocný při něm přidává k běžnému jednání nepřiměřené prvky, které toto jednání komplikuje. Přídavné pohyby pak karikaturně zkreslují původní pohyb, kterému dodávají nepřiměřený a zkreslený charakter. Běžné úkony (např. oblékání) jsou pak prováděny obřadným stylem (Horáček, Švestka 2002).

Nemocní trpící hebefrenní schizofrenií také někdy pseudofilozofují, povrchně mudrují, jsou proměnliví v emočních projevech. Kontakt s nemocným je obtížný a jeho projevy jsou nepředvídatelné. Někdy nás mohou hebefrenici překvapit agresí, kterou se snaží přemostit citovou propast mezi vlastním prožíváním a prožíváním ostatních (Libiger 2002).

Tato forma schizofrenie začíná mezi 15 – 20 lety a její prognóza není dobrá. Pacient postupně opouští cíle a jeho chování je čím dál více bezcílné a bezúčelné. (Hátlová 2003).

Pro demonstraci opět uvádím ukázkou z kazuistiky pacienta trpícího hebefrenní schizofrenií. Všimněte si pacientova chování, které je typické pro tuto formu schizofrenie:

„ Brzy potom se objevila bezcílná a nepřiměřená hravost. Pacient po přijetí na psychiatrické oddělení chodil po chodbách a pokojích, zbytečně upravoval

květináče, květiny, obrazy, podtrhával text vyvěšeného domácího řádu. Nepřiměřeně dovádivé chování se střídalo s dětinským vzdorem. Byl – li v něčem odmítnut, nemluvil a trucovitě pohazoval hlavou. Dožadoval se vycházky s tím, že vezme ošetřující lékařku s sebou a něco dobrého jí koupí. Chodil často do koupelny, se zálibou pouštěl zbytečně vodu z kohoutku, pozoroval ji a s viditelným potěšením stříkal po ostatních. Občas si hlavu obaloval polštářem a pobíhal po chodbě, strkal si do uší malířský štětec z arteterapeutického ateliéru a vzápětí ho s chechotem otíral ošetřující lékařce o plášť. Chodil pozadu a rukou ukazoval směr.“ (Libiger 2002)

2.2.3 Katatonní schizofrenie

V popředí klinického obrazu se vyskytují poruchy hybnosti od extrémně vysoké motorické aktivity až po stupor. U postižených si můžeme všimnout neodůvodněnosti a nepřiměřenosti motorických projevů (Libiger 2002).

Katatonní schizofrenie se může do jisté míry podobat formě schizofrenie označované jako hebefrenní. Pacient může také grimasovat, manýrovat. Na druhou stranu může také postižený setrvat dlouhou dobu v poloze či v pohybu, do níž byl uveden. (Hátlová 2003).

Katatonní schizofrenici mohou dokonce připomínat „voskové figuríny“, např. jejich ruka setrvává v takové poloze, kam ji fyzioterapeut uvede.

Katatonní schizofrenie může být dokonce i letální (smrtelná), např. když dojde k vegetativnímu rozvratu.

U katatonních schizofreniků je nápadná bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost motorických projevů.

Také u tohoto druhu schizofrenie uvádím pro demonstraci ukázkou z kazuistiky pacientky trpící tímto onemocněním:

„ Na psychiatrii, kam byla přijata v následující den, se objevil neklid a vzrušenost, které se střídaly s úplným stažením do vnitřního světa, zaujímáním „naslouchacích“ postojů a ztuhlostí v podivných, nepřírozených pozicích. Při oslovení nebo snaze o kontakt se objevovala zlobná nezacílená agrese bez srozumitelné příčiny. Ošetřujícímu personálu hrubě nadávala a také ho občas fyzicky napadala. Pacientka později přestala komunikovat. Nenavázala ani oční kontakt. Vyhověla jen pasivně některým jednoduchým výzvám. Občas udělala

stereotypní pohyb rukou – pomalý a jakoby proti plastickému odporu. Dlouho přetrvávaly strnulé a nepřírozené pozice končetin (zvednuté ruce v naznačeném, zdánlivě zkamenělém gestu), které zaujímala spontánně. Nepřírozené pozice mohly být i pasivně nastavené.

Stav přešel do úplného stuporu..... (Libiger 2002).

2.2.4 Simplexní schizofrenie

Tuto vzácně se vyskytující formu schizofrenie charakterizují změny v chování. Projevy pacienta se zdají být neobvyklými a pro okolí nepochopitelnými. Schizofrenik ztrácí „životní sílu“ a jeho emotivita se oplošťuje. Pacient je čím dál méně schopen se vypořádat s nároky běžného života. Je patrný pokles ve školní či pracovní výkonnosti, nemocný se stává pasivním a závislým na okolí (Libiger 2002).

Pacienti jsou úzkostní, mají nepochopitelné „hysterické“ projevy a cítí se v tělesné nepohodě. Postupně ztrácí elán, vnořují se do sebe a zahálí. Málo mluví, nenavazují oční kontakt. Myšlení pacienta se postupně stává dezorganizovaným, řeč se stává nespojitou a ústí v slovní salát (v řečovém projevu stojí slova a věty neskloubené vedle sebe) (Hátlová 2003).

Bludy a halucinace při této formě schizofrenie obvykle chybí.

Průběh simplexní schizofrenie bude dobře demonstrován ukázkou z kazuistiky pacientky trpící tímto onemocněním:

Kolem 27 let se začala měnit. Byla posmutnělá, nápadně poklesl její pracovní výkon. Do práce začala jezdit stopem. Začala mít konflikty s rodiči, které jim byly nepochopitelné. Vyčítala jim, že pro ni „nic nemají“. Zůstávala ve svém pokoji a přestala se s nimi stýkat. Často vůbec nevstala z lůžka. V zaměstnání dala výpověď, aniž to rodičům řekla. Když se jí ptali, zda si práci hledá, zlobila se. Žádala od otce vykáni a tvrdila, že žádné rodiče nemá. Vycházela ven jen v noci, jezdila na stop a toulala se. Byla nápadně zpomalená v myšlení i v pohybech, ztratila zájmy. Hospitalizaci na psychiatrii přijala pasivně. Neptestovala, ale nevěděla, proč by se měla léčit. Mluvila šroubovaně, užívala archaismů, mluva byla obsahově chudá. Pacientce zcela chyběla spontaneita. Mimo vágní vztahovačnost netrpěla jasně zformovaným bludem. Neměla halucinace, ani pasivní prožitky působení cizích sil. I velmi malé volní projevy vyžadovaly velké

úsilí. Pacientka o sebe nedbala, nedodržovala osobní hygienu a byla k tomu zcela lhostejná. (Libiger 2002)

2.2.5 Nediferencovaná schizofrenie

Často se stává, že pacient vykazuje příznaky více forem schizofrenie nejednou a tudíž nelze rozhodnout, ke kterému druhu schizofrenie má být postižený zařazen. Z tohoto důvodu se vytvořil pojem zvaný nediferencovaná schizofrenie.

Na ukázce z kazuistiky pacienta trpícího nediferencovanou schizofrenií si předvedeme možný průběh tohoto onemocnění:

Potíže začaly po vztahu se starší ženou: projevovaly se nejistotou, úvahami o vlastní povaze a identitě. Pacient se začal často dívat do zrcadla, protože si připadal „bez tváře, neskutečný, jako by jen napodoboval grimasy druhých“. Sám popisoval „stahování se do vlastního světa“ a necht' vycházet do světa druhých, protože se v něm cítí špatně. Doma byl plačtivý a zádušný, stýskal si na bolesti hlavy a odmítal se stýkat s lidmi. Odmítal nosit šaty jako vrstevníci, málo jedl. Poprvé byl hospitalizován v 21 letech. Ovládl ho pocit, že do něj vstoupil Bůh. Cítil, že „lidé jsou zfanatizováni, on cítí jejich sílu a ona zase cítí jeho sílu...“. Tramvaj, ve které jel, se zastavovala a rozjížděla podle jeho vůle.....

Ve 28 letech měl sluchové halucinace.....Měl nápadný vzhled: grimasoval. Ústa se snadno krátce a nijak nápadně špulila nebo se nepřiměřeně usmíval. Prsty a ruce se pohybovaly dyskineticky, neúčelně.....

Choval se nepřiměřeně a vulgárně mluvil.....(Libiger 2002).

2.2.6 Reziduální schizofrenie

Jedná se o chronický stav, který přetrvává po odeznění akutní symptomatologie schizofrenní ataky. Příznaky reziduální schizofrenie jsou obvykle málo výrazné.

Hlavními projevy jsou podivinství, lenost, toulavost, zanedbávání sebe i svého okolí, deformované vztahy mezi jedincem a skutečností, oploštělá emotivita, podivnosti v řeči i myšlení (Libiger 2002).

2.2.7 Postschizofrenní deprese

Jedná se o depresivní syndrom, který přichází po odeznění schizofrenní psychózy. Při této poruše je vyšší riziko sebevraždy. Toto onemocnění se diagnostikuje, pokud měl dotyčný schizofrenní psychózu během posledních 12 měsíců, některé schizofrenní příznaky ještě přetrvávají, depresivní příznaky jsou výrazné a trvají déle než čtrnáct dní (Zvolský in Hátlová 2003).

2.2.8 Schizofrenie nespecifikovaná

Přítomny jsou všeobecné příznaky schizofrenního onemocnění. Jejich zastoupení nedovoluje zařazení do žádné specifické skupiny schizofrenie (Hátlová 2003).

2.3 Etiologie schizofrenie

Příčiny schizofrenie nejsou doposud příliš známy, i přes rozvinutý vědecký výzkum. V oblasti příčin vzniku různých forem schizofrenie jsou hypotézy různého druhu.

Byly zformulovány etiologické hypotézy infekční, genetické, biochemické, hypotézy, které se týkají metabolismu lipidů, imunitní odpovědi, nebo takové, které vidí ve schizofrenii selhání psychologických obranných procesů a zhroucení mezilidské komunikace (Libiger, 2002).

Ani u jedné z teorií však nebyl prokázán jednoznačný vliv na vznik schizofrenie

Je známo, že při schizofrenii je v některých částech mozku nadbytek chemické látky, která se nazývá dopamin. Jedná se o neurotransmiter. Ten slouží k přenosu informací mezi jednotlivými buňkami v mozku. Při nadbytku dopaminu je v mozku přenášeno současně příliš velké množství informací, takže je mozek nedokáže zpracovat, tj. rozlišit důležité zprávy od nepodstatných, informace přicházející z jiných částí mozku od informací přicházejících zvenku. Toto vede ke zkreslenému vnímání.

Je zřejmé, že neexistuje jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale že se jedná o společné působení řady dílčích faktorů jak biologických, tak psychosociálních. Pokud se tyto faktory složí do určité nešťastné mozaiky, propukne nemoc

Mezi biologické faktory patří především dědičnost. Pokud jeden z rodičů trpí touto nemocí, je desetiprocentní pravděpodobnost, že jeho potomek také onemocní schizofrenií. Mezi další biologické faktory patří porodní komplikace, těžké nemoci během raného dětství, špatná výživa. Mezi psychosociální faktory patří neuspokojivé vztahy v dětství a dospívání v rodině a různých kolektivech (Jarolímek, 1996).

2.4 Terapie schizofrenie

Schizofrenie byly v minulosti pokládány za nemoci s velmi nepříznivými vyhlídkami. Možnosti léčby byly velmi omezené.

V současné době se prognóza nemocných trpících schizofrenií díky novým léčebným možnostem výrazně zlepšila.

Schizofrenie je onemocnění, na jehož vzniku se podílí celá řada příčin, tudíž i léčba tohoto onemocnění je mnohostrannou záležitostí.

Schizofrenní onemocnění většinou vyžadují hospitalizaci a téměř vždy medikamentózní léčbu.

2.4.1 Léky

Na prvním místě v léčbě stojí psychofarmaka, a to především antipsychotika (neuroleptika). Tyto léky vedou ke zklidnění nemocného. Myšlení se postupně uspořádává, bludy a halucinace ztrácejí svoji naléhavost, popř. zcela odezní.

Vzhledem k tomu, že se u pacientů trpících schizofrenií vyskytuje zvýšená aktivita dopaminového systému, podává se nemocným právě tento druh psychofarmak, protože blokuje dopaminové receptory.

Tyto léky se používají na zmírnění pozitivních příznaků schizofrenie (halucinace, bludy) a nazývají se klasická, neboli typická antipsychotika (neuroleptika). Jejich zástupci jsou: Plegomazin (chlorpromazin), Tisercin

(levopromazin), Perfenazin, Haloperidol Decanoat (haloperidol), Chlorprothixen, Moditen (fluphenazin), Fluanxol (flupentixol), Cisordinol (zuclopentixol) a další.

Antipsychotika mohou vyvolávat vedlejší nežádoucí účinky. Ty jsou vyvolány tím, že léky způsobují dopaminovou blokádu i v oblastech, které regulují mimovolní pohyblivost a svalové napětí. O těchto nežádoucích účincích bude pojednáno v následující podkapitole nazvané: „Polékové extrapyramidové poruchy“.

Po nějaké době vědci vyvinuli nová, tzv. atypická antipsychotika. Někdy se označují jako antipsychotika 2. generace. Ta také blokují dopaminové receptory a působí terapeuticky jak na pozitivní příznaky tak na negativní příznaky a ovlivňují i náladu. Způsobují minimum nežádoucích účinků. Vyvolávají méně extrapyramidových příznaků (viz. dále) než antipsychotika první generace. Jejich zástupci jsou Zeldox (ziprasidon), Leponex (clozapin), Risperdal (risperidon), Zyprexa (olanzapin), Seroquel (quetiapin), Zoleptil (zotepin), Dogmatil (sulpirid), Tiapridal (tiaprid), Abilify (aripiprazol), Solian (amisulprid) a další. Clozapin je považován za nejlepší antipsychotikum u farmakorezistentní schizofrenie. Má také antisuicidální účinek, což je výhodné, protože 25 – 50% schizofreniků se nejméně jednou za život pokusí o sebevraždu. (Praško, Bareš a kol. 2001; Možný 1999; Babiaková, Venglářová 2006; Česková a kol. 2006).

Je třeba podotknout, že klasická antipsychotika jsou stále užitečná zejména při léčbě akutní ataky schizofrenie. Lze využít jejich sedativních vlastností u neklidných pacientů (Libiger 2002).

Zpočátku je nezbytné uklidnit pacienta vyšší dávkou a injekčně, ale při dobré léčebné strategii zvyšujeme dávku léku postupně a pomalu. Sledujeme výskyt vedlejších příznaků. Po první atace schizofrenie je dobré podávat tzv. udržovací medikaci nejméně jeden rok, aby se snížilo riziko relapsu (novému vzplanutí choroby).

Vzhledem k tomu, že řada nemocných zapomíná léky užívat, je vhodné podávat jednou za čtrnáct dní až měsíc depotní injekce. Při podání injekce se lék pozvolna uvolňuje do těla (Praško, Bareš a kol. 2001).

K depotním antipsychotikům patří Moditen, Haloperidol Decanoát, Fluanxol, Cisordinol, Meclopin, Risperdal Consta (Babiaková, Venglářová 2006).

Během terapie se může objevit smutná nálada, tudíž je vhodné podání antidepresiva. Někdy je nezbytná úprava spánku hypnotiky a na úpravu vedlejších příznaků užíváme antiparkinsonika (Praško, Bareš a kol. 2001).

2.4.2 Psychoedukace

Další součástí léčby je psychoedukace. Jedná se o terapeutickou techniku, jejímž úkolem je poskytnout nemocným a jejich příbuzným důkladné informace o povaze nemoci a možnostech její léčby (Praško, Bareš a kol. 2001).

Tyto informace jsou základním předpokladem, aby nemocný a jeho rodina dokázali příznakům schizofrenie lépe porozumět a aby byli schopni v léčbě spolupracovat s lékařem.

Jedním z psychoedukačních programů o schizofrenii je PRELAPSE podporovaný nadací Lundbeck (Možný 1999).

2.4.3 Psychoterapie (léčba psychologickými prostředky)

Dále je nutná léčba psychologickými prostředky (psychoterapie). Psychoterapie obsahuje takové formy léčby, při kterých se používají psychologické poznatky. Jádrem je *podpora zdravých částí osobnosti*.

Cílem psychoterapie je, aby se pacient mohl opět cítit sám sebou, rozumět si a zároveň aby našel správný vztah k druhým lidem a k jednání s nimi. Důležité je také získání zkušeností, jak se chránit před novými schizofrenními krizemi (Praško, Bareš a kol. 2001).

2.4.4 Rodinná psychoterapie

Další součástí léčby je rodinná psychoterapie. Pro nemocného je důležité, aby bylo vytvořeno v rodině příznivé klima bez prudkých emocí (Praško, Bareš a kol. 2001).

2.4.5 Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (neboli léčebné společenství), je moderní způsob, jímž je organizováno léčebné prostředí na psychiatrických odděleních. V léčebném společenství jsou zohledněny vztahy mezi pacienty, spolupacientem a terapeutickým týmem. Všichni se pravidelně setkávají na společných komunitách, plánují další aktivity, společně řeší problémy a konflikty. Pacienti se tak učí překonávat svoji izolaci a podílet se na společném světě (Praško, Bareš a kol. 2001).

2.4.6 Elektrokonvulzivní terapie

Další možností léčby je tzv. elektrokonvulzivní terapie. Laické označení této léčby – „elektrošoky“ je nešťastné, protože v lidech vzbuzuje nepříjemné představy.

Ve skutečnosti nejde o žádný „šok“ pro nemocného. Tato léčba se provádí tak, že nemocný dostane injekci, která jej uspí, a teprve potom se cca 0,5 sekundovým elektrickým výbojem podráždí určitá nervová centra v mozku.

Během terapie se aplikují elektrody na spánkovou krajinu unilaterálně či bilaterálně (tj. na jeden či oba spánky) a velikost napětí je obvykle 110 V. Velikost proudu je proměnlivá, záleží na velikosti odporu tkání. Terapie se provádí 2 – 3 x týdně.

Účinnost elektrokonvulzivní terapie je u schizofrenií nižší, než např. u depresí, avšak někdy po ní dojde u schizofreniků k vymizení nezájmu a uzavírání se do vlastního psychotického světa. Také je tato forma terapie prospěšná u katatonní schizofrenie. (Možný, 1999; HÖSCHL, 1997).

2.5 Polékové extrapyramidové poruchy

Terapie schizofrenie formou podávání antipsychotik může mít pro pacienta nežádoucí vedlejší účinky, které jsou pro fyzioterapeuta významné. Tato podkapitola by měla vést k seznámení se s nejběžnějšími formami poruch, které se mohou u nemocného jedince v důsledku léčby neuroleptiky vyskytovat.

Polékové extrapyramidové poruchy jsou souborem poruch, které jsou způsobeny užíváním některých psychofarmak, zejména antidopaminergních antipsychotik. Podkladem těchto poruch je především blokáda dopaminergních receptorů bazálních ganglií (bazální ganglia jsou shluky šedé hmoty v mozku, která patří k extrapyramidovému systému a která se podílí na koordinaci pohybů; extrapyramidový systém je nervovým systémem, který je zodpovědný za udržení svalového napětí a koordinaci pohybů).

Polékové extrapyramidové poruchy se dělí na akutní a tardivní. Výraz tardivní (pozdní) vyjadřuje, že se porucha objevuje až po delší době užívání léku.

Přestože mají akutní i tardivní formy stejný klinický obraz, liší se od sebe mechanismem vzniku, průběhem i léčbou. Zatímco akutní poruchy vznikají za několik dnů až týdnů po zahájení léčby, poruchy tardivní mají svůj počátek v období několika uplynulých měsíců až roků od začátku užívání léků.

Další rozdíl těchto dvou forem polékových extrapyramidových poruch spočívá v odlišné reakci na zvýšení dávky antipsychotik. Zvýšíme-li dávku antipsychotika pacientovi s akutní formou této choroby, dojde ke zhoršení příznaků. U tardivních forem se naopak projevy na přechodnou dobu zlepší.

Akutní formy mají obvykle dobrou prognózu a jejich příznaky při aktivní léčbě popř. vysazení antipsychotika vymizí. Naproti tomu tardivní formy probíhají chronicky a na vysazení léku reagují méně. Při přerušení užívání antipsychotika se příznaky na přechodnou dobu (1-2 týdny) zhorší a teprve posléze se začnou zlepšovat.

Tyto opačné reakce vysvětluje dopaminová hypotéza vzniku polékových extrapyramidových poruch.

Akutní formy jsou způsobeny přímou bloádou dopaminergních receptorů v bazálních gangliích. Proto zvýšení dávky příznaky zhorší a naopak.

Tardivní poruchy vyvolává hypersensitivita (přecitlivělost) dopaminergních receptorů, kterou se systém snaží překonat chronickou dopaminergní bloádou. Zvýšení dávky léku (tj. další zesílení dopaminergní bloády) hypersenzitivitu přechodně maskuje a pacient se zdánlivě zlepší. Zrušení bloády vysazením antipsychotika má za následek zvýšení přísunu dopaminu na hypersenzitivní receptory. Pacient se proto klinicky zhorší a zlepšení nastane až po delší desenzibilizaci (snížení přecitlivělosti) receptorů.

2.5.1 Akutní parkinsonismus

Vzniká do měsíce po nasazení léků. Projevuje se rigiditou (ztuhlostí), bradykinezi (zpomalením pohybu) a třesem. Pacient má šouravou chůzi, sníženou mimiku, mluví tiše. U těžších forem je nápadné flekční postavení končetin a trupu (tj. držení končetin a trupu v ohnutí). Třes, který se u pacienta vyskytuje, je mimovolný, o frekvenci 3 - 6 cyklů za vteřinu.

2.5.2 Tardivní dyskineze

Jedná se o nepravidelné, stereotypní, mimovolní hyperkineze (nadměrné pohyby). Podobají se Hungtintonově choree. Tento typ dyskinezi (poruch souhry normálních pohybů) vzniká při léčbě, která trvá alespoň tři měsíce. Obvykle se ale projeví až za několik let.

Obvykle je nejvíce postižena oblast kolem úst a jazyka. Vzácné, ale závažné jsou dyskineze bránice a dýchacích svalů.

Mezi hlavní rizikové faktory patří masivní přerušovaná léčba antipsychotiky. Riziko vzniku tardivní dyskineze roste s věkem, je větší u žen, osob s afektivní poruchou, diabetem II. typu. Častější výskyt je také u osob požívajících alkohol či drogy.

2.5.3 Akutní a tardivní dystonie

Tyto formy mají shodný klinický obraz - současný mimovolný stah svalových agonistů i antagonistů současně. Stah trvá obvykle několik minut a je bolestivý. Nejčastější lokalizace jsou na obličeji a na krku. Projevy postižení se vyskytují stále na stejném místě. To umožňuje označení podskupin podle lokalizace - např. torticollis (krk), blefarospasmus (oční víčka) apod. Akutní a tardivní dystonie silně obtěžují a často i pohybově omezují.

Akutní forma vzniká do pěti dnů, tardivní po několika měsících.

2.5.4 Akutní a tardivní akatizie

Akatizie znamená neposednost. Obě její formy se v projevech shodují. Základ akatizie tvoří psychická porucha - silný pocit nucení do pohybu, kterému musí pacient vyhovět, aby snížil své napětí. Jeho pohyby při akatizii jsou tudíž volní. Později se projevují komplexními hyperkinezemi, zejména "pochodem na místě", popř. šoupáním nohama, třením tváře dlaní apod. Akutní forma se rozvíjí do měsíce, tardivní forma až po měsících.

2.5.5 Tardivní syndrom Gilles de la Tourette

Vzácná choroba, která se projevuje komplexními, úmyslnými nestereotypními hyperkinezemi, vydáváním jednoduchých zvuků a koprolaliemi (vulgárními výkřiky).

2.5.6 Tardivní myoklonus

Poruchu charakterisují mimovolní, nepravidelné, rychlé záškuby v obličeji, popř. v krku či na končetinách.

2.5.7 Terapie

U těžšího akutního parkinsonismu, akutní dystonie a akutní akatizie se sníží či vysadí antipsychotikum. Při neúspěchu se přidá anticholinergní antiparkinsonikum nebo dopaminergní antiparkinsonikum. U akatizie se také osvědčily beta - blokátory a benzodiazepiny.

U tardivních forem se v prvním kroku doporučuje vysazení antipsychotika. To se nahradí atypickým antipsychotikem s nižším rizikem vzniku polékové extrapyramidové poruchy. Tento postup je účinnější než aktivní léčba. U tardivní dyskineze může navíc stav zlepšit vysazení anticholinergních antiparkinsonik a úprava špatně sedící zubní protézy. Při neúspěchu redukce antidopaminergik se doporučuje přidat beta - blokátory, benzidiazepiny, blokátory Ca kanálů popř. antioxidanty (vit. E). U těžších stavů je vhodná léčba clonazepinem, který je nejúčinnější.

Při menším rozsahu tardivní dystonie se osvědčily lokální injekce botulotoxinu A.

Syndrom Gilles de la Tourette a myoklonus obvykle reagují již na snížení antidopaminergik, tardivní myoklonus navíc zlepšuje clonazepam.

Velký význam má prevence. Indikace antidopaminergik by se měla pečlivě zvažovat, měly by se předepisovat co nejmenší dávky na co nejkratší dobu, při nutnosti dlouhodobé léčby by se měly podávat léky kontinuálně (MUDr. Maršálek).

3. Rehabilitace u pacientů se schizofrenním onemocněním

Re-habilis znamená znovu schopný. Někoho rehabilitovat tedy znamená učinit ho znovu schopným, obnovit jeho výkonnost, soběstačnost, pohyblivost a pracovní schopnost (Škoda, Skaličková 1971; Babková, Pípalová 2006).

Rehabilitace je dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 „včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“.

Psychiatrická rehabilitace (kam patří rehabilitace pacientů se schizofrenním onemocněním) je zaměřena na všechny složky osobnosti psychicky nemocného člověka. Skládá se z několika složek: Rehabilitace léčebná, rehabilitace pracovní, rehabilitace sociální a rehabilitace pedagogicko-výchovná (Babková, Pípalová 2006).

Na psychiatrii probíhá zejména rehabilitace zaměřená na poruchy psychických funkcí, problémy s adaptací v rodině, v práci a ve společnosti. Tato rehabilitace využívá především psychologické a pedagogické prostředky. Rehabilitace na psychiatrii má zabránit vzniku např. postpsychotického schizofrenního afektu, posttraumatickým změnám a dalším změnám, které jsou následkem psychického onemocnění, včetně změn tělesných. Tato rehabilitace probíhá v psychiatrických léčebnách, psychiatrických odděleních nemocnic, denních psychiatrických stacionářích a v psychiatrických ambulancích (Babková, Pípalová 2006).

3.1 Léčebná rehabilitace

Jedná se o část rehabilitace, která je zajišťována zdravotnickými rehabilitačními zařízeními. Jejím cílem je provádět léčbu, tedy odstraňovat následky nemoci či úrazu. Tuto rehabilitaci zajišťuje tým odborníků, kam patří zejména ošetřující lékař (psychiatr), rehabilitační lékař, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník a psycholog (Votava 2003; Babková, Pípalová 2006).

Fyzioterapie je obor zdravotnické činnosti zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Prostřednictvím pohybu

a dalších fyzioterapeutických prostředků cíleně ovlivňuje funkce i ostatních systémů včetně funkcí psychických (Votava 2003). O fyzioterapii bude podrobněji pojednáno v následující kapitole této práce.

Ergoterapie je další součástí léčebné rehabilitace. Využívá pracovní činnosti a postupy k léčebným účelům (Babková, Pípalová 2006). Ergoterapie je zaměřená na trénink všedních denních činností – ADL (Activities of Daily Living), kam patří např. osobní hygiena, oblékání, vaření, jedení, nákup či telefonování.

Součástí ergoterapie je také cílené cvičení postižené oblasti pomocí určitého nástroje či zařízení. Tímto cvičením se zvyšuje svalová síla a rozsah pohybu, zlepšuje se koordinace a trénují se kognitivní funkce (pozornost, paměť, orientace, myšlení atd.)

Další součástí ergoterapie je předpracovní hodnocení a trénink, kde se využívá testů, které dokáží posoudit pacientovy předpoklady pro budoucí pracovní uplatnění. Dále pacient formou tréninku nacvičuje dovednosti, které jsou předpokladem pro zvládnutí vybrané profese (Votava 2003).

3.2 Pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace je zákonem č. 1/1991 Sb. definována jako soustavná péče, poskytovaná občanům se zdravotním postižením, směřující k tomu, aby mohli vykonávat dosavadní nebo jiné vhodné zaměstnání (Votava 2003).

Již během hospitalizace, jakmile to stav dovolí, se začínají nemocní účastnit pracovní terapie. Ta pomáhá k získání denního řádu a struktury, pacient se navíc vyhne poškození z inaktivity.

Znovuzařazení do práce je někdy možné již po odeznění akutní epizody schizofrenie, jindy musí být postupné a trpělivé.

Chráněné dílny mohou pomoci překlenout dobu po hospitalizaci před nástupem do řádného zaměstnání. Práce v chráněných dílnách bývá přizpůsobena možnostem pacienta tak, aby na ni stačil.

Chráněné pracovní místo může představovat další krok k plné pracovní výkonnosti. Na tomto místě již nemocný pracuje mezi zdravými lidmi, ale nejsou na něj kladeny tak vysoké nároky, jako na ostatní.

Poté je možný návrat na původní pracovní místo, popř. hledání nového pracovního místa. Je důležité naučit pacienta zvládat situace spojené s hledáním zaměstnání, jako např. telefonování na inzeráty popř. přijímací pohovor (Praško 2001).

3.3 Sociální rehabilitace

Tato rehabilitace probíhá ve spolupráci se sociálními pracovníky. Tato složka obsahuje soubor opatření k zajištění důstojného a maximálně hodnotného života. Patří sem posuzování sociální situace klienta, jeho finanční, bytové a pracovní zajištění (Babková, Pípalová 2006).

Již během hospitalizace je veden s pacientem rozhovor, který je zaměřen na základní údaje o pacientově zaměstnání, bytových podmínkách, blízkých příbuzných, nezaopatřených dětech atd. Společně je pak plánována pomoc a spolupráce.

Lidé, kteří se léčí se schizofrenním onemocněním, mívají naneštěstí většinou sociální situaci velmi problematickou. Sociální pracovník většinou pomáhá v zajišťování chráněných pracovních míst, dále zajišťuje chráněné bydlení.

Chráněná bydlení poskytují nemocným ubytování na delší dobu. Jsou vhodná pro takové nemocné, kteří dokáží poměrně samostatně zvládat své každodenní záležitosti. Umožňují kontakty s dalšími nemocnými a zpravidla nabízejí časově omezenou pomoc v odpoledních nebo večerních hodinách.



Obr. 3.1 Interiér bytu v rámci chráněného bydlení (fotografie převzata z propagačního materiálu Nadace Bona)

Soc. pracovník dále plánuje společně s klientem jeho finanční výdaje, provádí nácvik hospodaření s peněžními prostředky, informuje klienta o službách

plynoucích ze sociálního zabezpečení a zprostředkovává jejich dostupnost. Dále zabezpečuje sociálně právní poradenství a celkově se stará o zlepšení sociálního fungování klientů ve společnosti.

Úloha sociálních pracovníků v péči o pacienty se schizofrenními poruchami je velmi významná, protože někdy tvoří jediné pojítko mezi pacientem a okolním světem (Nováková 2006, Praško 2001).

Je vhodné se zmínit o činnosti Nadace Bona, jejímž zřizovatelem je Psychiatrická léčebna v Bohnicích. Činnost této nadace je zaměřena na podporu i vlastní realizaci socioterapeutických programů pro klienty s duševním handicapem. Cílem je zajistit znovuzařazení osob s psychickým postižením do běžného života společnosti, řešit sociální problematiku, bytovou situaci a pracovní příležitosti. Tato nadace nabízí svým klientům např. chráněná bydlení, chráněná pracoviště apod.

Další organizací, pomáhající k návratu duševně nemocných do běžného života, je Fokus Praha – Sdružení pro péči o duševně nemocné. Toto sdružení realizuje širokou škálu programů, zaměřených zejména na podporu a rozvoj pracovních a sociálních dovedností duševních nemocných.

Cílem sociální rehabilitace je také zlepšit sociální vztahy a dovednosti nemocného. Toto se uskutečňuje např. prostřednictvím terapeutických komunit, klubů, léčebných výrobních dílen apod.

Léčebné výrobní dílny jsou v psychiatrických léčebnách nejvíce rozšířenou formou, umožňují nácvik pracovních návyků, je zde příležitost k získání nové pracovní dovednosti a navazování mezilidských vztahů.

Dále mají klienti možnost pracovat v zemědělství či zahradnictví.

3.4 Pedagogicko – výchovná rehabilitace

Tato část rehabilitace se týká zejména dětí a dospívajících. Cílem této rehabilitace je dosáhnout u pacientů co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace, podpořit tak jejich samostatnost a aktivní zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života.

Speciální pedagogové ve spolupráci s dalšími odborníky řeší otázky psychologicko-technické a legislativní při zařazování těchto klientů do vzdělávacích procesů.

Tato rehabilitace zahrnuje složku jak vzdělávací, tak složku výchovnou. Její důležitou součástí tvoří oblast volného času a zájmové činnosti (Votava 2003; Babková, Pípalová 2006).

3.5 Další činnosti v rámci rehabilitace schizofreniků

3.5.1 Psychoterapie

Jak již bylo zmíněno, jedná se o terapii psychologickými prostředky. Psychoterapie může probíhat individuálně či skupinově, může mít formu verbální či nonverbální.

Psychogymnastika je jednou z technik psychoterapie. Slova jsou zde nahrazena mimikou, gesty a pohybem. Psychogymnastika zvýrazňuje emoční prožitky.

Psychodrama používá divadelních výrazových prostředků, při hraní rolí umožní proniknout hlouběji do problému.

Psychomelodrama je varianta psychodramatu s hudbou, kdy pacientovo dramatické vyjádření je podporováno doprovázející hudbou.

Relaxace vede k psychickému i fyzickému uvolnění. U schizofreniků je však povolena pouze krátká svalová relaxace, protože při dlouhé relaxaci pacienti usínají anebo odchází pro psychomotorický neklid. Také není vhodná relaxace s fantaziemi. V praxi tuto činnost provádějí s pacienty většinou psychoterapeuti, nicméně relaxace podobně jako cvičení se běžně používá v řadě klinických oborů, včetně rehabilitačního lékařství. Fyzioterapeuti používají běžně ve své praxi částečnou relaxaci, kterou prokládají cvičební jednotku při individuálním i při skupinovém LTV.

Arteterapie využívá projekce zážitků do výtvarného projevu, např. kreslení, malování, modelování.

Muzikoterapie využívá k terapeutickým účelům hudbu, může probíhat např. formou naslouchání hudbě a následně sdělováním prožitků.

Biblioterapie se zabývá prací s knihou jednak s úmyslem usměrnit myšlenky pacienta a jednak jako forma psychického uvolnění.

3.5.2 Kinezioterapie

Tato terapie používá pohybové aktivity s prvky nonverbálních technik (pohybová muzikoterapie, sportovní hry, tělová terapie). Cílem kinezioterapie je udržování optimálního duševního stavu působením vybraných cvičení. Cvičení jsou zaměřena na paměť, soustředění, myšlení, pozornost, zlepšení sebedůvěry, zlepšení komunikace a sociálních vztahů.

Kinezioterapie může probíhat individuálně či ve skupině a zahrnuje také sportovní činnosti – sportovní hry, turnaje apod.

3.5.3 Hipoterapie

Hipoterapie je forma terapie pomocí koně ve smyslu biopsychosociální terapie. Tato terapie má velký význam u psychiatrických nemocných. Může být také vedena cíleně pro vyléčení či zmírnění následků nemocí pohybového systému. O hipoterapii bude podrobněji pojednáno ve 4. kapitole, která je zaměřena na fyzioterapii.

3.5.4 Animoterapie (zooterapie)

Jedná se o terapii prostřednictvím jakýchkoliv druhů zvířat.

V poslední době dochází k rozvoji tzv. canisterapie, která využívá k terapii speciálně vybraná a vycvičená psí plemena.

3.5.5 Kulturní a rekreační činnost

Patří sem návštěva divadelních představení, koncertů, filmových projekcí, výstav a dalších kulturních akcí. Pro pacienty jsou pořádány kulturní a společenské akce, např. zábavy, besedy, exkurze. Skupinky pacientů s doprovodem chodí na vycházky do přírody nebo na výlety například do zoologické či botanické zahrady. Díky těmto aktivitám získává pacient nové

zkušenosti o tom, že lze lépe fungovat ve společenství lidí bez pocitu ohrožení. Získává zde otřesenou sebejistotu, znovu se učí nabývat důvěru vůči svému okolí (Jarolímek 1996; Babková, Pípalová 2006).

3.6 Denní program schizofreniček na Resocializačním oddělení PLB

Tato podkapitola je vypracována na základě mého pozorování denního programu chronických pacientek (často schizofreniček) na Resocializačním oddělení pro ženy do 65 let v Psychiatrické léčebně Bohnice.

Po budičku, snídani a rozdání léků se pacientky účastnily od 9:00 do 10:00 hodin skupinového sezení. Během této hodiny, která byla pod vedením zkušené terapeutky, si pacientky zahrály několik společenských her, poslechly si několik písni z magnetofonu, vyslechly pár povídek a popovídaly si o zajímavostech vztahujících se k datu sezení, např. ke konci dubna vyprávěla terapeutka o slavení čarodějnic a o prvním máji.

Jak již bylo řečeno, prováděné hry měly společenský ráz. Pacientky si např. navzájem přehazovaly míč a říkaly svá jména, dále hrály oblíbenou „slovní kopanou“. Také se hrála hra, kdy si pacientka myslela na určité zvíře a ostatní pacientky se jí ptaly na různé vlastnosti živočicha, zatímco dotazovaná mohla odpovídat pouze slovy ano/ne. Zde jsem si všimla, že schizofreničky (a i většina ostatních pacientek) se aktivně zapojovaly do hry a prokazovaly dobrou úroveň inteligence. Pacientky společenské hry zaujaly a bavily. Jedna pacientka (schizofrenička) neustále slyšela hlasy a měla potřebu si před nimi zacpávat uši. Díky napomenutí terapeutky se občas zapojila do hry, která ji vytrhla z jejího autistického chování.

Výběr písni k poslechu se vztahoval k průměrnému věku pacientek. Vzhledem k tomu, že na tomto oddělení se vyskytují ženy středního až vyššího věku, zvolila terapeutka k poslechu spíše písně staršího data. U pacientek měly úspěch zejména známé, melodické písně, u kterých si mohly pacientky alespoň částečně zazpívat. Velmi oblíbená u pacientek byla „Levandulová“ od zpěvačky Hany Hegerové.

Tohoto sezení se však nezúčastnily všechny pacientky oddělení. Některé pacientky měly program na tzv. centrální terapii, kde pracovaly v dílnách (např. dílna pro šperk a vitráž, svíčkařská díla, keramická dílna) popř. docházely cvičit pod vedením fyzioterapeutek na rehabilitační oddělení.

Po skupinovém sezení se pacientky účastnily od 10:00 do 10:30 skupinového cvičení pod vedením zkušené fyzioterapeutky. Nejprve se fyzioterapeutka zeptala, co se stalo na oddělení nového, kdo je přítomen a kdo nikoliv. Poté se pro navození dobré nálady zpívala písnička, kterou si pacientky samy navrhly a to tím stylem, že fyzioterapeutka vyzvala pacientky, aby začaly jmenovat písně, ve kterých se vyskytuje město. Po několika návrzích se pacientky s terapeutkou dohodly na zpívané písně. Během písně měly pacientky možnost tleskat a dupat do rytmu. Poté následovalo cvičení, které probíhalo na židlích. Cviky byly často zaměřené na vnímání vlastního těla. V průběhu cvičení se fyzioterapeutka často pacientek dotazovala, jaké měly pocity při provádění určitého cviku. Pacientky se také např. musely dotknout nejprve své levé a poté pravé lopatky a uvědomit si, kde se tyto části těla nacházejí. Tato cvičení jsou dle mého názoru pro schizofreničky velmi vhodná, protože právě u schizofreniků se často vyskytuje porucha tělesného schématu. Doporučovala bych ale schizofreničky, u kterých nedošlo k úplnému залечení, umístit do předních řad za zvýšeného dohledu. Již zmiňovaná pacientka se sluchovými halucinacemi si občas zacpávala uši a upadala do vnitřního světa. Také neprováděla některé cviky správně.

Po cvičení následovala od 10:30 do 11:00 komunita. Zde se ve velké místnosti sešly pacientky z celého oddělení za přítomnosti personálu oddělení (ošetřující lékařka, zdravotní sestry, terapeutky). Probíraly se zde především záležitosti chodu celého oddělení. Pokud chtěly pacientky řešit nějaký svůj osobní problém, tak byly vyslechnuty, avšak řešení odloženo na dobu po komunitě. Během komunity, na níž jsem byla přítomna, probíraly pacientky především neohleduplnost některých žen, které přestože byly nakažené běžnou virózou, tak si nedávaly při kašli ruce před ústa a šířily tak nákazu. Na závěr komunity se zpívala písnička dle výběru a dohody pacientek.

Je třeba podotknout, že komunity se na oddělení konají vždy jednou týdně, a to v pátek.

Po komunitě následovala ergoterapie formou výtvarné dílny. Pod vedením terapeutky zde pacientky prováděly řadu výtvarných činností. Činnost terapeutka zvolila každé pacientce individuálně. Vycházela jednak ze zdravotního stavu pacientky a její motorické zručnosti. Také přihlížela k tomu, jakou činnost provozovala pacientka před nastoupením do léčebny. Pokud např. pacientka dříve ráda malovala, tak i zde měla možnost se svému koníčku věnovat. Možnosti práce byly rozmanité. Pacientky zde mohly šít panenky, malovat, háčkovat, vyšívat či vyrábět panny z listů kukuřice. I pro méně zručné pacientky či pacientky s motorickými poruchami zde byla řada možností, jak se uplatnit. Např. mohly provádět pomocné práce (stříhání molitanu pro vycpání ušitých panenek), vyrábět recyklovaný papír či kroucenou šňůru pomocí točení kolíčku na prádlo. Jedná se opravdu o nenáročnou práci, viděla jsem pacientku s poruchou motoriky vyrábět již zmíněnou kroucenou šňůru, práce jí šla dobře a bavila ji.

Odpoledního programu jsem se nezúčastnila, avšak bylo mi řečeno, že pacientky mají v této době osobní volno, popř. dochází do Fokusu (Fokus – centrum péče pro dlouhodobě duševně nemocné zahrnující sociální a pracovní rehabilitaci). Každou středu mají navíc pacientky společné vaření a každý pátek společné pečení.

4. Možnosti fyzioterapeuta v rámci komplexní rehabilitace schizofreniků

Psychiatrická rehabilitace, jako celek, je zaměřená na všechny složky osobnosti duševně nemocného člověka včetně jeho fyzické zdatnosti. Proto je zde role fyzioterapie významná a nezastupitelná.

Fyzioterapeut na psychiatrii je členem týmu zajišťujícího komplexní rehabilitační léčbu u pacientů trpících schizofrenií. Ve své práci působí částečně jako psychoterapeut, proto je důležité, aby měl některé vlastnosti, jako empatie (schopnost vcítit se do druhého, jeho myšlenek a pocitů) a umění naslouchat a projevovat pochopení pro chování psychicky nemocného. Současně musí umět vhodně využít svoji autoritu (Babková 2002).

Předmětem práce fyzioterapeuta je zejména úprava psychofyzických obtíží, cílená léčebná rehabilitace při somatickém onemocnění (zde provádíme kinesiologický rozbor a postupujeme dle běžných postupů u jednotlivých diagnóz) a léčebná tělesná výchova (individuální a skupinová forma). Fyzioterapeut může využívat také fyzikální léčebné prostředky, např. hydroterapii či elektroterapii (<http://www.plbohnice.cz/modules/xfsection/article.php?articleid=12>).

4.1 Léčebná tělesná výchova u schizofreniků

Pohyb patří k základním projevům života. Správně volené pohybové aktivity by měly být součástí terapie schizofrenních poruch. Přiměřená pohybová aktivita má pozitivní vliv na krevní oběh a celkový metabolismus. Pohyb ovlivňuje serotoninergní systémy a má velký význam pro psychiku člověka. Při pohybu dochází k vyplavování endorfinů, výsledkem toho je vyvolání pocitu radosti a uspokojení. Při pravidelném cvičení dosahujeme pocitu rovnováhy mezi tělem a psychikou a dostavuje se dobrý pocit ze zlepšení kondice a koordinace.

Změny psychického stavu se odrážejí na pohybovém systému. Zhoršením psychického stavu se zhoršuje držení těla, dýchání, objevují se problémy pohybového aparátu (Babková, Pípalová 2006).

Přestože cílem léčebné tělesné výchovy (LTV) u duševně nemocných pacientů je rozvíjení obratnosti, vytrvalosti, rychlosti, síly, překonávání překážek a podpora odvahy, u schizofreniků provádíme spíše nenáročná kondiční a dechová cvičení. Nezaměřujeme se na výkon (sílu, vytrvalost). Zařazujeme pohybové hry, hry na podporu kognitivních funkcí (vnímání, myšlení apod.) a na zapojení v kolektivu. Cvičení zde stejně jako u jiných duševních poruch posiluje zdravé sebevědomí, smysl pro zodpovědnost, spravedlnost a pořádek. Správně volená LTV zmírňuje nejistotu, napětí a úzkost. Pacienti, kteří byli do skupinové LTV zapojeni, se poté rychleji zapojovali do celkového dění na oddělení a lépe navazovali kontakt s okolím.

Během provádění léčebné tělesné výchovy se dodržují zásady přiměřenosti, názornosti, systematičnosti a stupňování zátěže.

Během LTV schizofreniků se tedy zaměřujeme na celkové udržování kondice (provádět pouze nenáročná kondiční cvičení), držení těla, zlepšení dýchání. Můžeme provádět nenáročné cviky na udržování svalové síly a protahování zkrácených svalů.

Léčebná tělesná výchova může být prováděna formou jak individuální tak skupinovou. Pro volbu zařazení pacienta do individuální či skupinové formy LTV je rozhodující typ psychického onemocnění, fáze nemoci a celkový stav nemocného.

Individuální léčebná tělesná výchova se provádí zejména u katatonních schizofreniků. Další skupinu pacientů, indikovanou k individuální LTV, tvoří pacienti se somatickým (tělesným) onemocněním. Zde se postupuje dle platných metodik v jiných oblastech, dle diagnózy. U schizofreniků se často jedná o stavy po sebevražedných pokusech (často s parézami, frakturami páteře i končetin apod.).

Pro skupinovou LTV je nejvhodnější tělocvična, také se může cvičit na hřišti, popř. využít travnaté plochy. Tělocvična by měla být přiměřeně vybavena, vhodné jsou podložky (karimatky), žebřiny, zrcadlo, lavičky a drobné pomůcky, tj. tyče, míče apod. Je třeba dbát na vhodnou obuv a oblečení pacientů.

Fyzioterapeut se snaží získat pacienty pro spolupráci ve skupině, respektuje jejich věk, kondiční schopnosti, přihlíží k vedlejším účinkům psychofarmak (např. motorický neklid, třes apod.). Pokyny a názvosloví musí být srozumitelné pro pacienta. Pacienty si získáme slovním povzbuzením, humorem, empatií, naším

aktivním zapojením. Důležitá je zpětná vazba během cvičení. Postupně můžeme zařadit vybrané pacienty k vedení části cvičební jednotky.

Při skupinové LTV můžeme využít hudby. Používáme buď rytmus pro vlastní cvičení popř. zvukovou kulisu – pak musí být hudba klidná a příjemná. Hudební žánr volíme dle typu pacientů, např. pop a rock pro mladší jedince, dechovku a lidovou hudbu pro starší pacienty.

Během cvičení cvičíme v různých polohách, postupně zařazujeme cviky ve dvojicích či v kruhu. Musíme počítat s pacienty, v kterých dotek druhé osoby může vyvolat negativní reakci, až agresi. Fyzioterapeut musí pacienty během cvičení pozorně sledovat a podle chování a reakcí pacientů cviky měnit, např. zařazovat více relaxačních cviků. I ve skupině je třeba přistupovat k pacientovi individuálně.

Skupinovou LTV provádíme na doporučení ošetřujícího lékaře. Fyzioterapeut se musí předem seznámit s dalšími nemocemi pacienta a respektovat je. Jedná se např. o diabetes mellitus, kardiovaskulární onemocnění či epilepsii.

Vlastní cvičební jednotka se skládá z úvodu (rozcvičení), hlavní části, volné části a závěru.

Před zahájením cvičební jednotky se fyzioterapeut skupině představí a seznámí ji s průběhem cvičební jednotky. Rozcvičení trvá obvykle 5 minut a je zaměřeno na uvolnění velkých kloubů, svalů, zmírnění fyzického i psychického napětí. Používají se švihové cviky, rychlá chůze do kruhu s pohyby horních končetin, různé typy kroků a poskoků.

V hlavní části jsou zařazeny cviky na uvolnění všech kloubů, protahování zkrácených svalů, lehká posilovací cvičení, cviky na obratnost, rovnováhu a vytrvalost, nacvičování správného držení těla. Dle potřeby se vkládají dechové a relaxační cviky. Cvičí se ve všech polohách, využívá se náradí a náčiní.

Ve volné části lze využít pohybové hry a taneční prvky.

Závěrem cvičení vedeme pacienty ke zklidnění. Vhodné jsou dechové cviky a krátká relaxace.

S léčebnou tělesnou výchovou u schizofreniků začínáme v subakutním stadiu nemoci (tj. po zklidnění medikamentózní terapií). Fyzioterapeut by měl počítat s tím, že při léčbě pomocí antipsychotik (neuroleptik) může dojít k již zmíněným polékovým extrapyramidovým poruchám, které se mohou projevat

poruchou pohybového stereotypu, ztuhlostí těla, motorickým neklidem, svalovými křečemi apod. U schizofreniků však nejsou vždy jako vedlejší účinky psychofarmak extrapyramidové příznaky.

Zpočátku používáme velmi lehká cvičení, pohybové hry. Pokyny musí být srozumitelné, cviky je nutné předvádět, zprvu neopravujeme chyby. Vhodná je menší skupina, tj. 3-5 pacientů. Délka cvičební jednotky by měla být zpočátku 15-20 min., postupně až 40 min. Měníme formy cvičení, po vzájemném seznámení pacientů cvičíme ve dvojicích, v kruhu, v řadě. Později zkoušíme cvičení na slovní doprovod, bez předvádění, na pokyn, heslo či tlesknutí, Vhodné je použití pohybových her s náčiním – tj. tyče, míče apod.

U simplexní schizofrenie se provádí všeobecné cvičení bez zaměření na sílu a vytrvalost. Vhodná je menší skupina 5-7 pacientů.

U katatonní schizofrenie je třeba provádět individuální léčebnou tělesnou výchovu. Provádíme pasivní cvičení, polohování pacienta do správných poloh. Na pacienta působíme hmatem, slovem, hudbou. Při zlepšení stavu je možné cvičit ve skupině, maximálně však 3 pacientů.

U hebefrenní schizofrenie se provádí všeobecné kondiční cvičení a cvičení vyvolávající emoce.

Příklad cvičební jednotky pro schizofreniky (*tato cvičební jednotka je sestavena jednak pomocí příkladu cvičební jednotky pro psychotiky v kapitole Léčebná tělesná výchova v psychiatrii - Babková 2002 a jednak pomocí vlastního pozorování skupinového cvičení na Rehabilitačním oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice*):

I. Úvod - rozcvička

1. Nástup a pozdrav.
2. Pochod se vzpřímeným trupem.
3. Krokové variace (chůze po špičkách, po patách, dopředu, dozadu, čapí krok se současnými švihovými pohyby horních končetin).

II. Hlavní část

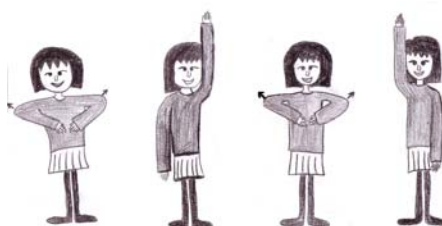
1. Stoj rozkročný

- a) Kroužit hlavou na jednu, pak na druhou stranu.
- b) Kroužky v zápěstí, loktech a ramenou (oběma směry).
- c) Skrčit předpažmo, hmit vzad, upažit s rotací trupu do strany, návrat do původní polohy. Totéž na druhou stranu.



Obr. 4.1 Cvik na protahování svalů horních končetin. Skrčit předpažmo, hmit vzad, upažit s rotací trupu do strany, návrat do původní polohy.

- d) Skrčit předpažmo, hmit vzad, jednu horní končetinu vzpažit, druhou horní končetinu připažit, skrčit předpažmo, hmit vzad, opačnou horní končetinu vzpažit, druhou připažit.



Obr. 4.2 Další varianta cviku na protahování horních končetin. Skrčit předpažmo, hmit vzad, jednu HK vzpažit, druhou HK připažit, skrčit předpažmo, hmit vzad, opačnou HK vzpažit, druhou připažit.

- e) Vzpažit, úklon trupu na obě strany.
- f) Ruce v bok, pomalé přenášení váhy z nohy na nohu se současným pokrčením kolena.

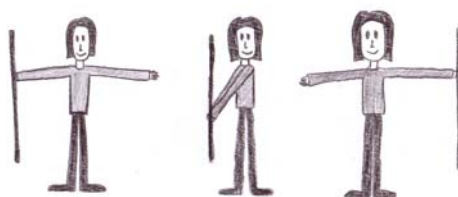
2. Cvičení ve stoje s tyčí

- a) Předpažit poníž, tyč držet v obou natažených rukou před sebou, při nádechu vzpažit (ruce stále natažené), při výdechu uvolnit a vrátit tyč na původní místo.



Obr. 4.3 Příklad relaxačního cviku ve stoje s tyčí. Předpažit poníž, tyč držet v obou natažených rukou před sebou, při nádechu vzpažit (ruce stále natažené), při výdechu uvolnit a vrátit tyč na původní místo.

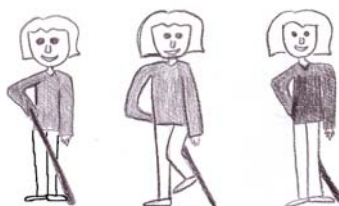
b) Upažit, tyč uchopit svisle do jedné ruky, předpažit, přendat tyč do druhé ruky, upažit.



Obr. 4.4 Další příklad cviku ve stoje s tyčí. Upažit, tyč uchopit svisle do jedné ruky, předpažit, přendat tyč do druhé ruky, upažit.

c) Uchopit tyč do pravé ruky (leváci do levé), napsat do vzduchu své jméno.

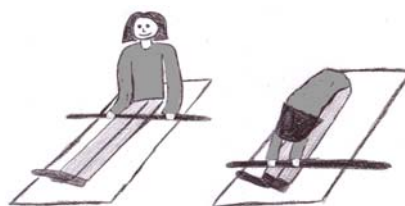
d) Uchopit tyč do pravé ruky, umístit ji šikmo před sebe, konec tyče se dotýká země vedle levé nohy, překročit tyč, znovu umístit tyč před sebe, opět překročit tyč.



Obr. 4.5 Příklad cviku na překonávání překážek. Uchopit tyč do pravé ruky, umístit ji šikmo před sebe, konec tyče se dotýká země vedle levé nohy, překročit tyč, znovu umístit tyč před sebe, opět překročit tyč.

3. Cvičení vsedě a vleže na podložce

a) Sed na podložce, dolní končetiny natažené, záda narovnaná, tyč položit napříč přes stehna, válet tyč po dolních končetinách co nejdále (pokud možno až ke špičkám), pak zpátky.



Obr. 4.6 Příklad cviku na protahování ischiokrurálních svalů. Sed na podložce, DKK natažené, záda narovnaná, tyč položit napříč přes stehna, válet tyč po DKK co nejdále, pak zpátky.

b) Sed na podložce, ruce za zády, kroužit v kotnících na jednu a na druhou stranu, poté přitahovat a propínat špičky.

c) Leh na zádech, dolní končetiny natažené, horní končetiny volně podél těla, přitáhnout pravé koleno k trupu, pomocí sepnutých rukou protáhnout zadní část stehna, vrátit dolní končetinu na původní místo a provést ten samý cvik s druhou dolní končetinou.

d) Leh na zádech, dolní končetiny natažené, horní končetiny podél těla dlaněmi k zemi, postupně obratel po obratli zvedat hlavu a horní část zad až kam to lze, podívat se na nohy, uvolnit.

e) Turecký sed, automasáž šíjového svalstva a m. trapezius, poté pomalé úklony na obě strany.

f) Turecký sed, upažit skrčmo, dlaně na ramena, kroužky vpřed i vzad.

III. Volná část

1. Hry s míčem

a) Kruh, přehazování míče v kruhu, ten, kdo hází, musí vyslovit heslo, např. název květiny či města

b) Řada, cvičenci si vzájemně jeden druhému předávají míč tím způsobem, že jeden udeří míčem o zem a druhý odražený míč chytne.

2. Hra s tyčemi

a) Pacienti si stoupnou za sebe do řady, každý pacient drží v jedné ruce přední konec jedné tyče a v druhé ruce zadní konec druhé tyče (tzn. že vždy jedna tyč je držena dvěma pacienty). Cvičenci napodobují krouživými pohyby pomocí tyčí pohyb staré lokomotivy.

IV. Závěr

1. Krátká relaxace vstoje, stoj mírně rozkročný, postupné napínání a uvolňování svalů, postupovat v pořadí dolní končetiny, trup, horní končetiny se sevřením ruky v pěst.

2. Nádechy a výdechy spojené s pohyby horních končetin.

3. Závěr, pozdrav, hodnocení hodiny.

4.2 Kinezioterapie v léčbě schizofrenie

4.2.1 Pojem kinezioterapie

Kinezioterapie je somatoterapeutická (soma = tělo) aktivita, která používá cíleně zaměřené pohybové programy (Hátlová 2003). Tento výraz je odvozen od řeckého slova *kineo*, což znamená pohybovat se.

Kinezioterapie je podpůrnou léčebnou metodou, zabývá se psychosomatickými a psychickými poruchami. Snaží se vytvářet pohybové

programy – metody, které je možno aplikovat za účelem záměrného ovlivňování psychiky nemocného a jeho sociální začleněnosti.

Při provádění pohybových programů je vyžadován aktivní přístup pacienta, pracuje se nejen s biologickou složkou osobnosti, ale i s její psychikou a sociálními vztahy. Kinezioterapie se snaží pomocí pohybu získat přístup k pacientovi a prostřednictvím osobních prožitků dosáhnout ovlivnění jeho psychiky ve smyslu uvědomění si vlastního psychosomatického „Já“ a jeho možností. Podněcuje aktivitu jedince, zdůrazňuje neverbální prvky a postupně vyvolává potřebu komunikace, což je u schizofrenních onemocnění důležité.

Prostředky kinezioterapie jsou: aktivně prováděný cílený pohybový program, vytvoření terapeutického vztahu, neverbální formy chování, učení, podněcování emocí, interakce ve skupině.

Kinezioterapie je cíleným působením na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy, osobnost a její vztahy prostřednictvím předem určeného, aktivně prováděného pohybového programu používajícího prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her.

Kinezioterapie pomáhá pacientům znovu nalézat vědomí pohyblivosti (uvědomění si vlastního těla, jeho možností a následně možností ovládnutí vlastního těla). Pozitivní prožitek pomáhá rozvíjet a upevňovat tělesné schéma (které je zejména u schizofreniků narušené).

Dále kinezioterapie pomáhá pacientům nalézat psychosomatickou jednotu (jednotu duševní i tělesné), protože pohyb je jedním ze spojovacích článků vnitřního i vnějšího světa. Záměrný, aktivně prováděný pohyb je současně aktivitou psychickou i fyzickou. Je prostředkem, kterým se současně vyjadřuje tělo i psychika.

Kinezioterapie také obnovuje pozitivní sebepřijetí a integritu. Nemocný je v průběhu tělesných cvičení naváděn k uvědomování si vlastního těla, jeho poloh, průběhu pohybu, působení vlastního pohybového projevu a jeho významové stránky. Zároveň si uvědomuje pohyby druhých a to jak je sám vnímá. Vnímání vlastních pohybů a pohybů druhých, umožňuje nejen konfrontaci, ale podněcuje k záměrné regulaci vlastních pohybů. Tento proces vytváření autonomie je obzvláště důležitý u psychotických pacientů, kam patří i schizofrenie.

Prostřednictvím kinezioterapie může pacient také znovu nalézat emoční spontaneitu a tvořivost. U řady programů je iniciován emoční projev, chápaný jako adekvátní součást sebevyjádření (Hátlová 2003).

4.2.2 Využití kinezioterapie u schizofrenních onemocnění

Tělo vytváří naše zakotvení ve světě. U 74% schizofrenních pacientů se vyskytují poruchy tělesného pocitu (Huber in Hátlová 2003). Vědomým vnímáním těla může pacient prožít a upevnit hranice svého „Já“ (Andres a kol. in Hátlová 2003).

Pro schizofrenii je typická ztráta hranic „Já“ a dezorganizace psychických funkcí, které se často vyskytují s omezením vnímání vlastního těla ztrátou samozřejmosti automatického provádění pohybu. U těchto pacientů je vhodná terapie prostřednictvím vyvolání tělových prožitků.

Vzhledem k inkohherentnímu (nesouvislému) chápání a ambivalentním emocím u schizofreniků musí být cvičební program jednoduchý. Náročnost pohybových sestav může být zvyšována postupně.

Jakýkoli výkon požadovaný na nemocném nesmí přesahovat jeho schopnosti. Jinak dojde k ztrátě zájmu pacienta. Program musí být tedy adekvátně obtížný a snadno pochopitelný. Zároveň však musí být činnosti prováděna na nejvyšší možné úrovni, které je nemocný schopen.

Jednoduchá cvičení musí mít stabilní formy které mohou být po předchozím oznámení postupně obměňovány (schizofrenici jsou vůči změnám citliví). Změny je důležité provádět postupně a v malém rozsahu.

Dále je vhodné cvičit ve známém, neohrožujícím a stále stejném prostředí, pod vedením stálého terapeuta.

Důležité je navázání vztahu důvěry mezi pacientem a terapeutem.

4.2.2.1 Integrativní kinezioterapeutický program

Tento program je určen pro schizofreniky s nízkou hladinou integrace osobnosti.

Program pracuje se zdravými částmi osobnosti tak, aby se podařilo vlivem procítění vlastního tělesného schéma jako nedělitelné jednoty, dosáhnout zakotvení vlastního „Já“ ve vnějším světě.

Integrativní kinezioterapeutický program používá jednoduchých gymnastických pohybů a poloh. Cvičení má tedy formu provádění nenáročných poloh těla, částí těla a dechových cvičení. Cvičení je možno provádět i v nízkých polohách včetně sedu a lehu.

Nemocný je veden k neustálému uvědomování si vlastního těla, jeho celistvosti a částí, postavení částí těla navzájem a v prostoru. Cvičení vyžaduje aktivní spolupráci pacienta. Důraz je kladen na kvalitu provedení a vlastní sebekontrolu. Dále se klade důraz na procítění částí těla v klidu i v pohybu, schopnost ovládat části těla a pozitivní emocionální prožitek ze zvládnutí pohybového zadání.

Pohybová náplň se mění jen minimálně, po dobrém zvládnutí pohybového zadání. Změna je předem oznámena. Je to z důvodu posílení vědomí stability a řádu.

Je dobré zařadit cvičení do denního programu. Cvičit by se mělo v malých skupinkách do pěti osob čtvrt až půl hodiny.

Příklady cviků ze vzorové integrativní cvičební hodiny (Hátlová, Špůrková in Hátlová 2003):

1. Pacient sedí vzpřímen na židli, jeho ruce se drží sedačky, nohy jsou mírně od sebe. Nemocný se snaží si uvědomovat polohu svého trupu, který je vzpřímen, snaží si uvědomit polohu svých nohou, které se opírají chodidly o zem, snaží si uvědomit polohu paží, které se drží sedačky.

2. Pacient mírně předkloní a pohlédne dolů, pak se mírně zakloní a pohlédne vzhůru. Poté navrátí hlavu do původní polohy a otočí ji doprava, pak doleva. Při tom se snaží uvědomovat si polohu své hlavy.

3. Pacient sleduje vlastní nádechy a výdechy. Při výdechu se mírně předkloní a uvolní ramena, při nádechu se zakloní s protažením ramen vzad.

4. Pacient pravou paží dlaní vzhůru, zatne ruku v pěst, pak protáhne prsty. Poté skrčí horní končetinu v lokti, posléze napne paži. To samé provede i levou paží. Pak provede nejprve levou, pak pravou paží velké kruhy.

5. *Pacient přednoží od kolene levou nohu, krouží v kotnících. Totéž pravou nohou.*

6. *Pacient opře silou nohy do země, upažením vzpaží obě paže, pohlédne vzhůru, provede pohyby a protažení prstů rukou, upažením připaží, chytí sedadlo, uvolní se a vydechne.*

4.2.2.2 Aktivující kinezioterapeutický program

Tento program je určen pro dlouhodobě hospitalizované schizofreniky ve stabilizovaném stavu, kteří mají nízkou tělesnou zdatnost a nedostatečné pohybové schopnosti.

Terapie je zaměřena na rozvoj pohybových a manipulačních dovedností a iniciaci emocionální a kognitivních procesů, tj. vnímání, myšlení apod.

Program používá gymnastická cvičení, prvky sportů a pohybové taneční motivy. Do hlavní části jsou zařazována cvičení zvyšující pohybové schopnosti a nácvik manipulačních dovedností.

Cvičení se opírá o vliv emocionálních prožitků spojených s prováděnou pohybovou činností. Emoce a pohyb jsou vzájemně propojeny a proto může být pohyb motivován emočně. Zvýšená intenzita emocí vede k potřebě sebevyjádření, spontaneitě a je možným zdrojem neverbální komunikace. Spontaneitou se může uvolnit prostor pro uvolnění oploštělého chování a prožívání (příznačného pro schizofreniky).

Cvičení probíhá v malých skupinách do 15 osob, pokud možno 3x týdně po 45 minutách. Je třeba dbát na to, aby fyzická i psychická náročnost cvičení nepřesáhla aktuální možnosti nemocného, protože je-li pohybová činnost vnímána jako zatěžující, nemocný ztrácí zájem.

Příklady cviků ze vzorové aktivující cvičební hodiny (Hátlová, Špůrková in Hátlová 2003):

1. Rozcvičení

Pochod se zpíváním pochodové písně dle vlastního výběru (navodí atmosféru sblížení a radosti). Poté chůze se zdviháním kolen, po patách, špičkách

apod. Úklony trupu, kroužení paží, izolované pohyby hlavy, jedné i druhé nohy, prstů. Nácvik rovnováhy pomocí výdrže na jedné noze.

U žen (pokud se setkáme s nechutí k pohybu z obav před zátěží a fyzickou námahou) cvičíme obdobné cviky na židli.

2. Hlavní část

Cviky pro rozvoj pohybových dovedností: obcházení, podcházení a přecházení překážek, chození po překážce.

Manipulační cvičení: cvičení s tenisovým míčkem – předávání z ruky do ruky např. kolem pasu či kolem hlavy; odbíjení o zem buď oběma rukama, nebo pouze pravou či levou rukou.

Herní cvičení (vhodné pro muže): turnaj ve srážení stojících kuželek kutálením malého míčku ze vzdálenosti 8 – 15 m.

Taneční cvičení (vhodné pro ženy): krátké pohybové skladbičky s náčiním (např. malými šátky) na doprovod známých populárních písní, motiv se v rozsahu 4 – 8 taktů opakuje.

3. Závěr (posilování, uvolnění)

U mužů kliky o stěnu, dřepy, švihové pohyby rukou s malými činkami, cvičení s 3 kg těžkým míčem (medicinbalem), dechové cvičení ve stoji – s nádechem předpažením vzpažit, hlava a trup mírný záklon, s výdechem předpažením připažit, mírný předklon trupu a hlavy.

U žen podřepy na obou nohách, švihové pohyby malými činkami, dechové cvičení v sedu na židli (prováděné podobně jako u mužů).

4.2.2.3 Komunikativní kinezioterapeutický program

Cílem komunikativního kinezioterapeutického programu je pomocí pohybové skupinové aktivity zlepšit úroveň komunikačních a sociálních dovedností.

Komunikace je u schizofreniků v důsledku nemoci narušena. Často je narušena verbální komunikace a slovní výměna nemá odpovídající výpovědní

hodnotu. Oproti tomu může být komunikování na neverbální úrovni srozumitelnější a může být snadněji navozeno. Program tedy vytváří situace podněcující aktivitu nemocného a navozuje nutnost vzájemné neverbální a později i verbální komunikace.

Při cvičení je nutná spolupráce dvou i více cvičících. Náročnost na spolupráci je postupně zvyšována. Společně prováděným pohybem je iniciován pocit začlenění a sounáležitosti v návaznosti na potřebu spolupráce a komunikace.

Při zadání není určen způsob zvládnutí, ten musí pacienti najít sami a po dorozumění úkol provést.

Cvičení probíhá v malých skupinách do 10 osob, pokud možno 3x týdně po dobu 45 minut.

Příklady cviků ze vzorové komunikativní cvičební hodiny (cviky jsou převzaté jednak z osobní konzultace s paní Mgr. Vlastou Tošnerovou a jednak z odborné literatury - Hátlová, Špůrková in Hátlová 2003)

1. Rozcvičení

Rozcvičení je podobné jako aktivující program pro muže a ženy.

2. Hlavní část

Tato část je zaměřena na problémové úkoly vyžadující společná řešení. Pacienti uplatňují pohybové dovednosti ve společné činnosti.

a) vodění kruhu po laně – lano je cestou kolem níž vede dvojice kruh, tak aby se nedotkl lana

b) posílání míčku po tyči – dva pacienti drží proti sobě dlouhou tyč z pěnového materiálu se žlábkem, ve kterém si navzájem posílají tenisový míček; po zvládnutí je možno tento cvik ztížit tím, že pacienti drží dvě tyče a posílají si navzájem současně dva míčky

c) vzájemné uvolňování trapézových svalů – jeden pacient drží v ruce dvě malé plastové lahve od limonády naplněné žaludy a pomocí bubnování na šiji, ramena a záda druhého pacienta uvolňuje jeho trapézové svaly

d) bludiště – dva pacienti drží v rukou bludiště s kuličkou, cílem je pomocí nahýbání bludiště dopravit kuličku do cíle

e) společná manipulace s tenisovým míčkem – odbíjení o zem ve dvojici popř. trojici

f) předávání gymnastického míče v kruhu – pacienti sedí v kruhu a vzájemně si pomocí dolních končetin předávají velký gymnastický míč

Cvičení můžeme provádět soutěže družstev:

Předávání míče nad hlavou – pacienti stojí v zástupu za sebou a předávají si velký gymnastický míč nad hlavami směrem pozpátku (od prvního k poslednímu). Pak poslední přinese míč a postaví se jako první. V okamžiku, kdy první cvičenec stojí na svém místě, opět jako první, soutěž končí.

Lovení rybek - pacienti mají prut a loví ryby. Čím menší ryba, tím je za ni více bodů (protože je těžší ji ulovit). Prut je opatřen magnetem a papírové rybky kancelářskou svorkou, aby mohlo dojít k ulovení ryby díky magnetickému poli.

Na závěr hlavní části se může zařadit posilování podobně jako u aktivujícího programu.

3. Závěr

Dechová cvičení a krátká svalová relaxace v lehu.

4.2.2.4 Koncentrativní kinezioterapeutický program

Tento program je zaměřený na snižování psychického napětí pomocí provádění nenáročných poloh částí těla a především hathajógy. Kořeny programu jsou tedy v hathajógových pohybových sestavách (pojednání o józe je v následující podkapitole).

Cvičení je zaměřeno na rozvoj vnímání vlastního těla, procítění částí těla v klidu i v pohybu, změny v těle způsobené různě zaměřenou aktivitou. Je rozvíjeno vědomí možnosti ovládání vlastního těla.

Cvičení je vhodné pro schizofreniky ve stabilizovaném stavu integrovanosti osobnosti.

Cvičení je vhodné provádět ve skupině do 15 osob, 3x týdně po 45 minutách.

4.3 Využití prvků jógy v terapii schizofreniků

4.3.1 Pojem jóga

Jóga označuje soubor indických nauk o metodách ovládání tělesných i duševních funkcí člověka, zahrnujících tělesná cvičení, koncentraci, meditaci a askezi (<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=J%C3%B3ga&oldid=1421807>).

U schizofrenních onemocnění můžeme využít prvky především tzv. hathajógy. Hathajóga je cvičení založené na indické tradici jógy. Hathajóga pracuje s tělem, dechem a pozorností. Prováděním jednotlivých pozic (ásan) a různých dechových technik (pránájama) se snaží navodit harmonii těla a mysli, rozproudit energii v těle a uvést ji v harmonii s prostředím, ve kterém žijeme (<http://www.briliant.cz/Vaclav-Krejci>).

4.3.2 Jóga u schizofrenie

Schizofrenici (obzvláště hebefrenní) při svém zájmu o filosofii a religiózní směry mohou projevit zájem i o jógu. Je třeba velké opatrnosti již při zvažování zapojení takových osob do jógických cvičení a při případném vedení cvičení, aby se neurychlil rozvoj duševní poruchy.

U schizofreniků schopných komunikace a spíše introvertně zaměřených, zvláště u těch u nichž byl zjištěn zájem o jógu je možno zařadit do doplňkové léčby cvičení ásán (tělesných cvičení) a nenáročných forem pránájamy (dechových cvičení). Při provádění ásán je nutné aby terapeut stále udržoval s nemocným slovní kontakt, především v následných šavásánách (šavásána –

pozice mrtvoly, relaxace na zádech), aby tak bránil tendenci nemocných uniknout do jejich artistických světů. V pranájámě je možné spokojit se správně prováděným plným jógovým dechem. Podaří – li se u nemocných navodit koncentraci na správně prováděné ásany, může to přispět k koordinaci jejich myšlení (Bašný 2000).

Pro schizofreniky se doporučují jednoduchá spíše dynamická cvičení. Je třeba povzbuzovat k lepšímu vnímání zevní reality a lepšímu přizpůsobení ve vnějším světě. Naopak je vhodné se vyhnout cvičením, která by se příliš soustřeďovala na vnitřní svět (např. dlouhá meditace). Pro schizofrenii nejsou vhodné nejen dlouhé meditační ale i dlouhé relaxační techniky. Nedoporučuje se jóga nidrá (jógový spánek – hluboká relaxace), ale spíše kratší relaxace na zklidnění např. šavásána (pozice mrtvoly – relaxace na zádech). Při relaxaci není vhodné používat fantazii. (Nešpor 2002).

Jak již tedy bylo zmíněno, základní součásti jógy jsou:

Tělesná cvičení – ásany – upravují držení těla, rovnováhu a svalový tonus. Využívají váhy jednotlivých částí těla k protahování zkrácených svalů a prostřednictvím výdrží ovlivňují činnost vnitřních orgánů.

Dechová cvičení – pranájamy – prostřednictvím dechu působí na celé tělo. Před cvičením je nutné ovládnout techniku plného jógového dechu.

Relaxační jógové pozice – např. již zmíněná šavásána – pozice mrtvoly.

Relaxační a dechová cvičení snižují svalové a psychické napětí.

Cvičíme v tiché, vyvětrané, teplé místnosti, na tvrdší podložce. Začínáme nejprve dvě hodiny po jídle. Pohyby provádíme klidně, plynule, s uvědoměním si směru pohybu. Cvičíme do příjemných krajních poloh, nepoužíváme švih. Vždy cvičíme ve spojení s klidným dýcháním. Tempo cvičení je velmi pomalé (Babková 2002).

Pro demonstraci uvádím pár jednoduchých cviků z jógy, které můžeme využít. Jinak odkazuji na jógovou sestavu, kterou můžete nalézt v knize Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch od Běly Hátlové (viz. seznam použité literatury) na str. 153. Podrobným popisem nácviku jógových technik dále najdete v odborných knihách a příručkách o józe.

4.3.2.1 Příklady jógových cviků

1. Cvik na uvolnění šíje a posílení krčního svalstva (ásana)

Sedneme si na podložku s nataženýma nohama, dlaně opřeme těsně za tělem, prsty směřují dozadu. S výdechem necháme hlavu volně klesnout, až se brada dotkne hrudní kosti. S nádechem zvedáme hlavu a volně přejdeme do záklonu. Opakujeme desetkrát střídavě vpřed a vzad v rytmu dechu. Procitujeme protažení svalů střídavě na přední straně krku při záklonu a na šíji i podél páteře při předklonu.



Obr. 4.7 **Cvik na uvolnění šíje a posílení krčního svalstva** (obrázek převzat z Paramhansa Svámí Mahešvaránanda 1990)

2. Kroužení ramen - cvik na zvýšení pohyblivosti ramenních kloubů, uvolnění ztuhlé šíje a ramen, posílení ochablé vrstvy zádočných svalů a protažení prsních svalů (ásana)

Sedneme si na podložku s nataženýma nohama, upažíme a položíme špičky prstů na ramena. Lokty opisujeme co největší kruhy. S nádechem dopředu a vzhůru, s výdechem dozadu a dolů. Opakujeme desetkrát. Totéž provedeme obráceným směrem. S nádechem dozadu a vzhůru, s výdechem dopředu a dolů. Opakujeme desetkrát. Na závěr se uvolníme v lehu na zádech.



Obr. 4.8 **Kroužení ramen** (obrázek převzat z Paramhansa Svámí Mahešvaránanda 1990)

3. Mardžariásana (kočka)

Výchozí polohou je klek. Nepokrčené paže opřeme o zem, stehna a paže kolmo k podložce, trup s podložkou rovnoběžně (podpor klečmo). S výdechem zakulatíme záda a bradu přitahujeme k hrudníku (kočka). V nádechem trup i hlavu zakláníme, takže se uvolněné břicho přibližuje zemi (pes). Opakujeme 8x i vícekrát. Cvičení praktikujeme zvolna, uvědomujeme si své tělo a pohyb vyladíme s dýcháním. Výdech je dlouhý a úplný.



Obr. 4.9 *Mardžariásana (kočka)* (obrázek převzat z <http://www.plbohnice.cz/nepor/sadhcz.htm>)

4. Základní jógová relaxace (šavásana)

Položíme se na záda, nohy mírně od sebe, ruce podle těla dlaněmi vzhůru. Pokud má někdo kulatá záda, ať si podloží hlavu tvrdším polštářkem nebo složenou dekou. Kdo má problémy s bederní páteří, může si dát pod kolena srolovanou deku, čímž se uvolněné nohy trochu pokrčí a lépe se uvolní právě bederní oblast, případně je možné si položit lýtka na židli.



Obr. 4.10 *Základní jógová relaxace (šavásana)* (obrázek převzat z <http://www.plbohnice.cz/nepor/sadhcz.htm>)

V této poloze budeme cvičit **jógovou relaxaci**. Nejprve si uvědomíme, kde se tělo dotýká podložky. Jsou to paty, lýtka, stehna, hýždě, záda, temeno hlavy. Uvědomíme si všechna tato místa současně. Uvědomíme si místa příjemné tíže, tíže přicházející z různých částí těla ... Tělo je příjemně těžké ... Uvědomíme si dotyk pravé nohy a podložky. Dotýká se patou ... Lýtkem,

stehnem, hýždí ... Vnímáme dotyk levé nohy a podložky. Dotýká se patou ... Lýt看em, stehnem, hýždí ... Dotyk pravé ruky ... Dotyk levé ruky ... Uvědomíme si dotyk pravé lopatky a podložky, levé lopatky, necháváme je uvolnit ... Uvolňuje se i oblast bederní ... Zdá se příjemně těžká, uvolněná ... S nádechem necháváme uvolňovat břicho, s výdechem hrudník ... Necháváme uvolnit šíji, krk včetně hlasivek ... Uvolňuje se čelist ... Svaly kolem úst i kolem očí, čelo ... Uvědomujeme si celé tělo, necháváme ho uvolnit ... Celé tělo ... Znovu celá pravá noha, levá noha, pravá ruka, levá, celý trup, krk a obličej ... Přeneseme pozornost k dechu, uvědomíme si dotyk vdechovaného a vydechovaného vzduchu v nose, vnímáme svůj přirozený dech. Necháváme ho spontánně plynout, pouze si uvědomujeme každý nádech a výdech. Spojíme s počítáním: nádech 1, výdech 1, nádech 2, výdech 2, nádech 3, výdech 3 ... Počítáme určený počet dechů např. 12, 24, 27, 54. Zůstáváme pokud možno bdělí a pozorní a zároveň uvolnění. Pokud by se objevovaly nesouvisející myšlenky, necháváme je přicházet a odcházet a trpělivě, laskavě se vracíme k uvědomování si dechu. Na závěr se zhluboka nadechneme, protáhneme se jako při probuzení z osvěžujícího spánku, otevřeme oči. Relaxace končí (<http://www.plbohnice.cz/nespor/sadhcz.html>).

4.3 Fyzikální terapie v rámci rehabilitace schizofreniků

V terapii pacientů trpících schizofrenními onemocněními je prospěšné provádět vodoléčebné procedury. Samotné provádění vodoléčebných úkonů působí psychologicky příznivě na duševní labilitu schizofreniků.

U schizofreniků je zvýšená citlivost na pokles teploty, takže u těchto je lépe provádět vodoléčebné teploty při vyšší teplotě vody než u ostatních pacientů.

Většina schizofrenických nemocných má vrozenou méněcennost nervového a endokrinního systému, dále kapilární méněcennost. Tyto poruchy může vodol léčba alespoň částečně upravit. Zejména na kapilární méněcennost mohou vodoléčebné úkony velmi příznivě působit.

Pro periferní prokrvení končetin těchto pacientů má význam i krátkovlnná diatermie. Diatermie je využívání tepla vzbuzeného elektrickým proudem k léčebným účelům (Skaličková, Břehový 1971).

Dále se využívá fyzikální terapie pro léčbu somatických (tělesných) onemocnění pacientů se schizofrenním onemocněním. Jedná se zejména o úrazové stavy po suicidálních (sebevražedných) pokusech. Po těchto pokusech může dojít např. k parézám, zlomeninám obratlů či končetin apod.

Zde provádíme terapii podle běžných postupů používaných u jednotlivých diagnóz.

4.4 Hipoterapie a schizofrenní onemocnění

Hipoterapie je významnou součástí komplexní psychiatrické rehabilitační péče v léčbě schizofrenie. Vzhledem k tomu, že speciálně vyškolený fyzioterapeut je významnou součástí týmu, který tuto terapii provádí, je toto pojednání zařazeno do kapitoly o fyzioterapii.

Hipoterapie je rehabilitační metoda využívající koně pro léčebné účely.

Hipoterapie sleduje v léčbě schizofrenních onemocnění mnoho cílů. Hlavním cílem je samozřejmě urychlit uzdravování nemocného. Dají se ovlivnit zejména negativní příznaky schizofrenie, jako abulie, hypobulie a inaktivita. Dále se může ovlivnit úzkostná a depresivní symptomatika, která může schizofrenní onemocnění provázet. Práce s koněm má dále příznivý vliv na oploštělou emotivitu a sníženou pozornost. Pomocí této terapie lze také ovlivnit již zmíněné extrapyramidové poruchy v důsledku užívání léků, dále si pacient zvýší sebevědomí a posílí pocit vlastní individuality.

Následující ukázka z kazuistiky pacienta nám demonstruje přínos hipoterapie v rámci komplexní terapie schizofreniků.

Na první lekci si sedá sám na lavici v rohu místnosti...Probíhá prvotní seznamování ve skupině, klient se do komunikace nezapojuje. Je uzavřený, chybí oční kontakt, zdá se, jakoby neposlouchal. Již při prvním kontaktu s koňmi patrné oživení emocí...Na druhou lekci přichází klient s úsměvem, těšil se. Probíhá čištění koně, spolupracuje s klientem ve dvojici, snaží se zapojovat do komunikace...Intenzivnější kontakt s koněm vede ke zlepšení pozornosti...V dalších lekcích, kdy probíhá ježdění, se klient aktivně zapojuje do skupinové komunikace...Vytváří si vztah ke svému koni....Navázaný přátelský vztah

s ostatními klienty ve skupině se rozvíjí i mimo lekce hipoterapie...Dochází k prohlubování jezdeckých dovedností...Od skupiny sklízí obdiv...Má možnost prožívat pocit vlastní autonomie.

Hipoterapie zahrnuje tři směry.

Prvním směrem je tzv. hiporehabilitace. Zde využíváme léčebných účinků pohybu koně ve fyzikálním smyslu. Pacient se aktivně nepodílí na jízdě, pouze se snaží dosáhnout souladu s pohybem koňského hřbetu. Tato metodika je využívána zejména v neurologii a v ortopedii (avšak i schizofrenici mohou mít neurologické či ortopedické potíže, zejména v důsledku suicidálních pokusů). Léčbu provádí vyškolený fyzioterapeut.

Druhým směrem je tzv. pedagogicko – psychologické ježdění. Zde využíváme psychického účinku kontaktu s koněm. Tato metodika se v psychiatrii nejvíce využívá.

Třetím směrem je sportovní a rekreační ježdění pro handicapované, při kterém pohybově i duševně handicapovaní sportovci trénují jízdu na koni a účastní se různých závodů.

Pedagogicko – psychologické ježdění má několik forem.

První formou je práce s koněm ve stáji, která slouží k navázání kontaktu s koněm.

Další formou je tzv. pet terapie – „hlazení“, která spočívá v dotýkání se jednotlivých částí koňského těla. Slouží k odstranění strachu a vytvoření důvěry.

Jako voltíž je označována soustava cviků na koňském hřbetě. Kůň je zpravidla veden na lonži. Slouží k nácviku obratnosti, zvýšení sebevědomí, uvědomění si vlastního těla a k nácviku spolupráce ve dvojici či skupině.

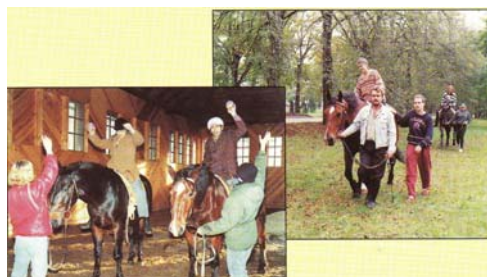
Další formou je aktivní vedení koně, v kroku i klusu.

Hry jsou důležitou součástí ježdění v psychiatrii. Jsou zaměřeny na spolupráci, jedná se např. o štafety, orientační závody apod.

Poslední formou jsou vycházky do přírody podporující pocit souznění s přírodou. Jedinečný terén v přírodě je navíc náročný na pozornost a rovnováhu.

U schizofreniků se využívá především pet terapie a péče o koně. Po zvládnutí kontaktu v sedle je možné zařadit hry zaměřené na výcvik porušených funkcí, často způsobených psychofarmaky (např. poruchy vnímání hranic těla, porucha orientace v čase i prostoru, porucha kontaktu s okolím a porucha koordinace). U schizofreniků je nutnost zvýšeného dohledu, musí se dávat pozor

na reakce pacientů. (<http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp?idmenu=3>; Babková 2002).



Obr. 4.7 Hipoterapie (Fotografie převzata z propagačního materiálu Nadace Bona)

Závěr

Schizofrenie je závažné a poměrně časté duševní onemocnění. Výrazně zhoršuje kvalitu života nemocného a jeho okolí. Z těchto důvodů si pacienti zaslouží kvalitní komplexní péči, kde má fyzioterapie své významné a nezastupitelné místo. Cílem této práce bylo přinést povědomí o komplexní terapii pacientů trpících schizofrenním onemocněním a o možnostech fyzioterapeuta při léčbě tohoto onemocnění.

Souhrn

Schizofrenie patří mezi organické psychotické poruchy. Dělí se na paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii a simplexní schizofrenii.

Mezi příznaky paranoidní schizofrenie patří především halucinace a bludy. Mezi příznaky hebefrenní schizofrenie patří především pubertální chování a nezodpovědnost s nepředvídatelností v chování i emocích. Katatonní schizofrenie je charakterizována poruchami hybnosti od zvýšené motorické aktivity až po stupor. Pro simplexní schizofrenii jsou příznačné především neobvyklé změny v chování, ztrácení životní síly a dezorganizace myšlení.

Těžištěm léčby schizofrenie je podávání antipsychotik. Tato léčba je doplňována řadou podpůrných terapií v rámci komplexní rehabilitační péče.

Pacienti trpící schizofrenií jsou často nějakou dobu hospitalizováni v psychiatrických léčebnách či psychiatrických odděleních nemocnic. Zde mají možnost absolvovat léčebnou, sociální a pracovní rehabilitaci.

Fyzioterapie patří mezi léčebnou rehabilitaci. Fyzioterapeut se jednak snaží terapeuticky ovlivnit somatické onemocnění pacienta (např. zlomeninu obratle) a jednak se snaží prostřednictvím pohybu, fyzikálních a jiných léčebných metod (resp. prostřednictvím práce s tělem) ovlivnit psychiku duševně nemocného pacienta.

Hlavním prostředkem fyzioterapeuta k ovlivňování psychiky pacienta se schizofrenním onemocněním je léčebná tělesná výchova. V té se provádí spíše nenáročná kondiční a dechová cvičení. Nezaměřujeme se zde na výkon, sílu ani vytrvalost. Cvičení je vhodné doplnit o pohybové hry zaměřené na spolupráci v kolektivu a rozvoj kognitivních funkcí (vnímání, myšlení apod.)

Dále může fyzioterapeut ovlivňovat pacienty se schizofrenním onemocněním prostřednictvím speciálních kinezioterapeutických programů zaměřených např. na podporu uvědomění si vlastního tělesného schématu nebo zaměřených na spolupráci v kolektivu.

Fyzioterapeut má také možnost ovlivňovat duševní stav schizofrenika prostřednictvím fyzikální léčby, např. pomocí vodoléčebných procedur. Speciálně

vyškolený fyzioterapeut může také provádět hipoterapii, neboli léčbu prostřednictvím péče o koně, popř. ježdění na koni.

Fyzioterapie je tedy významnou součástí komplexní rehabilitace schizofreniků.

Summary

Schizophrenia is ranked among organic psychotic disorders. It is divided into four groups including paranoid schizophrenia, hebefrenic schizophrenia, catatonic schizophrenia and simplex schizophrenia.

The main symptoms of a paranoid schizophrenia are hallucinations and delusions. Hebefrenic schizophrenia is mainly expressed by pubescent behaviour such as irresponsibility and emotional unpredictably. Catatonic schizophrenia is characterized by mobility disorders from an increased motoric activity to stupor. The typical symptoms of simplex schizophrenia include unusual behavioural changes, vitality deprivation and disorganized thinking.

The primary treatment of schizophrenia is administration of antipsychotics. This treatment is supplemented by a range of subsidiary therapies within the frame of a comprehensive rehabilitation care.

Patients who suffer from schizophrenia are often hospitalized in mental institutions or in psychiatric hospital wards. There they have the opportunity to be treated by therapies and by social and work rehabilitation.

Physiotherapy is part of the therapeutic rehabilitation. Physiotherapies help improve the somatic ailment of a patient (for instance a vertebra fracture) as well as to improve the mental state of the disordered patient by exercise and by physical and other therapeutic methods (for example work with the body).

The main tool of a psysiotherapist is to improve the mental state of a schizophrenic patient through therapeutic physical training. Therapeutic physical training usually consists of easy conditioning and breathing exercises rather than a focus on strength, persistence and physical performance. It's helpful to complement the exercises by motion games that are focused on collaboration in groups and development of cognitive functions (perception and cogitation).

Patients with a schizophrenic disorder can be positively affected by special kinesiological therapeutic programs that aim to improve the physical consciousness of the patient. They can also aim at a group collaboration.

The mental state of a schizophrenic patient can also be improved by physical treatments such as water therapy procedures. A purpose-trained psysiotherapist

can also practise hipotherapy, in other words – treatment through taking care of horses, eventually riding them.

Physiotherapy significantly contributes in the comprehensive rehabilitation of schizophrenic patients.

Seznam použité literatury

LIBIGER, J. Schizofrenní poruchy. In HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. s. 341 – 401.
ISBN 80-900130-1-5

KOSOVÁ, J. – PRAŠKO, J. Neurotické poruchy. In HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. s. 481 – 526.
ISBN 80-900130-1-5

JIRÁK, R. Organické duševní poruchy. In HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. s. 455 – 480.
ISBN 80-900130-1-5

HORÁČEK, J. – ŠVESTKA, J. Psychopatologie (obecná psychiatrie). In HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: TIGIS, 2002. s. 294 – 328.
ISBN 80-900130-1-5

HÖSCHL, C. Rozdělení duševních poruch In HÖSCHL, C. a kol. *Psychiatrie: učebnice pro vyšší zdravotnické školy* 1. vyd. Praha: SCIENTIA MEDICA, 1997. s. 45 – 96.
ISBN-80-85526-64-6

PRAŠKO, J. – BAREŠ, M. – HORÁČEK, J. – SEIFERTOVÁ, D. – ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. 90 s.
ISBN 80-85912-65-1

MOŽNÝ, P. *Když se řekne psychóza* 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 31 s.

JAROLÍMEK, M. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. 1. vyd. Praha: Pallata, 1996. 31 s.

BABIAKOVÁ, M. – VENGLÁŘOVÁ, M. Schizofrenní poruchy. In MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 235 – 247.
ISBN 80-247-1151-6

BABKOVÁ, A. – PÍPALOVÁ, L. Rehabilitace v psychiatrii. In MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 129 – 149.
ISBN 80-247-1151-6

NOVÁKOVÁ, A. Sociální práce. In MARKOVÁ, E. – VENGLÁŘOVÁ, M. – BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 150 – 154.
ISBN 80-247-1151-6

HÁTLOVÁ, B. *Kinezioterapie, pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. přepracované vyd. Praha: Karolinum, 2003. 167 s.
ISBN 80-246-0719-0

STRÁTESKÝ, J. *Patologie*. 1. vyd. Olomouc: EPAVA, 2001. 338 s.
ISBN 80-86297-06-3

ČEŠKOVÁ, E. – TŮMA, I. – PŘIKRYL, R. – PĚČ, O. Schizofrenie In
RABOCH, J. – ANDERS, M. – PRAŠKO, J. – HELLEROVÁ, P. *Psychiatrie:
doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha: Infopharm, 2006.
s. 54 – 63.
ISBN 80-239-8501-9

Příspěvovatelé Wikipedie, *Neuróza* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie,
c2007, Datum poslední revize 12. 03. 2007, 10:06 UTC, [citováno 28. 03. 2007]
<<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Neur%C3%B3za&oldid=1292658>>

Ústav zdravotnických informací a statistiky v Praze. *Mezinárodní statistická
klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté
decenální revize MKN-10*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a
statistiky, 1992. 779 s.

VOKURKA, M. – HUGO, J. a kol. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vyd.
Praha: Maxdorf, 2004. 490 s.
ISBN 80-7345-009-7

MARŠÁLEK, M. - *pracovní materiál*

BABKOVÁ, A. Léčebná tělesná výchova v psychiatrii. In HROMÁDKOVÁ, J. a
kol. *Fyzioterapie*. 1. vyd. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2002. s. 257 - 285.
ISBN 80-86022-45-5

Kolektiv autorů, *Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích: Encyklopedie Diderot
(1. svazek)* 1. vyd. Praha: Diderot, 1999. 518 s.
ISBN 80-902555-3-1

ŠKODA, C. – SKALIČKOVÁ, O. Úvod. In SKALIČKOVÁ, O. a kol.
Rehabilitace v psychiatrii. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1971. s. 11-22.

SKALIČKOVÁ, O. – BŘEHOVÝ, J. Fysikální terapie. In SKALIČKOVÁ, O. a
kol. *Rehabilitace v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1971. s. 271 – 354.

Nadace Bona – propagační materiál

Sborník výstav: Znáte nás? Praha: Fokus (sborník obsahuje adresář
poskytovatelů zdravotně sociálních služeb v Praze 8)

VOTAVA, J. a kol. – *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd.
Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 207 s.
ISBN 80-246-0708-5

BUBENÍČKOVÁ, PLB – *Psychiatrická léčebna Bohnice – Informace o léčebně – Terapie v PL Bohnice* [online]. c2005, [cit. 2007-04-16]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/modules/xfsection/article.php?articleid=12>>

MAŠKOVÁ, A. *Hipoterapie PIRUETA – Co je hipoterapie* [online]. c2006, [cit. 2007-04-17]. Dostupné z: <<http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp?idmenu=3>>

MAŠKOVÁ, A. *Hipoterapie PIRUETA – O schizofrenii a koních* [online]. c2006, [cit. 2007-04-17]. Dostupné z: <<http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp?idmenu=9>>

TOŠNEROVÁ, V. – *osobní konzultace*

Příspěvatelé Wikipedie, *Jóga* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2007, Datum poslední revize 23. 04. 2007, 09:30 UTC, [citováno 24. 04. 2007] <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=J%C3%B3ga&oldid=1421807>>

KREJČÍK, V. *Hathajóga pro začátečníky* [online]. c2005, [cit. 2007-04-24]. Dostupné z: <<http://www.briliant.cz/Vaclav-Krejcik>>

NEŠPOR, K. *Jóga a tělesné i duševní zdraví* 1. vyd. Praha: Nakladatelství Leopard Jagelka, 2002. 55 s.

PARAMHANSA SVÁMÍ MAHEŠVARÁNANDA *Jóga v denním životě* 1. vyd. Brno: Blok, 1990. 280 s.

NEŠPOR, K. *Zacvičte si jógu* [online]. c2006, [cit. 2007-04-24]. Dostupné z: <<http://www.plbohnice.cz/nespor/sadhcz.html>>

BAŠNÝ, Z. Jóga a schizofrenie. In *Jóga v minulosti a přítomnosti (Soubor přednášek z konference 20. listopadu 1999)*. 1. vyd. Praha: Sdružení přátel Indie a Český svaz jógy, 2000. s. 44 – 58.